



GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ



CİLT : 2 / SAYI : 3

ISSN 2146 - 9954

2013

GÜMÜŞHANE UNIVERSITY JOURNAL OF HEALTH SCIENCES



Altıntaş 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

İÇİNDEKİLER

- Acil Servis Hemşirelerine Hasta ve Yakınları tarafından Uygulanan Şiddetin İncelenmesi** 290
Funda KAVAK Mine EKİNCİ
- Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Okuyan Öğrencilerin Kahvaltı Yapma Alışkanlıklarının Saptanması** 299
Emine FAYDAOĞLU, Esmâ ENERJİN, Metin Saip SÜRÜCÜOĞLU
- Klinik Uygulamalarda Öğretim Elemanlarının Öğrencilere Uyguladığı Etik İlke İhlalleri** 312
Cansu ÜNSAL, Gülsüm ÖCAL, Merve DEMİRAL, Goncagül ALSAN
Havva KARADENİZ MUMCU
- Batın Ameliyatından 24-48 Saat Sonra Hastaların Ağrı Düzeyleri Ve Uygulanan Hemşirelik Girişimleri** 325
Sevim ÇELİK
- Kırsal Kesimde Yaşayan Kadınlarda Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi** 331
Mehtap TAN, Nuray DAYAPOĞLU, Zümrüt Akgün ŞAHİN, Mehtap CÜRCANİ,
Hatice POLAT
- Ödemişte Bulunan Annelerin Bebek Bakımında Uyguladıkları Geleneksel Yöntemlerin İncelenmesi** 342
Esmâ SÜLÜ UĞURLU, Zümrüt BAŞBAKKAL, Hatice DAYILAR, Vasviye ÇOBAN,
Zeynep ADA
- Afyon İlinde Halkın ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Çalışanlarının Organ Bağışı Konusuna İlgilerinin Değerlendirilmesi** 361
Sevda EFİL, Şengül ŞİŞE, Hanife ÜZEL, Olcay ESER
- Yaşlı Bireylerde Fizyolojik Değişiklikler Ve Hemşirelik Tanılaması** 385
Seda PEHLİVAN, Ayfer KARADAKOVAN
- Egzersiz Esnasında Harcanan Enerji Tüketiminde Leptin Mi Karnitin Mi Daha Etkilidir?** 396
Nevzat DEMİRCİ
- Mesane İnvazyonu Nedeniyle Parsiyel Sistektomi Yapılan İki Plasenta Previa Perkreta Olgusu** 410
Bülent ÇAKMAK, Doğan ATILGAN, Bekir Süha PARLAKTAŞ,
Reşid Doğan KÖSEOĞLU, Zeki ÖZSOY, Mehmet Can NACAR, Fazlı DEMİRTÜRK



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

Yrd. Doç. Dr. Gülşah Y. DENİZ
Öğr. Gör. Nurgül KARAKURT
Arş. Gör. Vildan APAYDIN
Öğr. Gör. Vildan DEMİR
Öğr. Gör. Nesibe BURNAZ
Öğr. Gör. Meltem DEMİR
Sağ. Yön. Öğr. Hamdi ÖZTÜRK

Teknik Kurul

Bil. Müh. Bayram KARAKUŞ
Grafiker Ayşe YALÇINKAYA
Öğr. Gör. Sinan ÇAKMAK

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, süreli yayın

Dergimize Makale
Göndermek İçin:

sbd@gumushane.edu.tr

EDİTÖRDEN...

Sevgili Bilim İnsanları,

1,2,3,4. sayı derken dergimizin 1. yılını doldurduk ve 2. yılı da doldurmamıza az kaldı. Bu konuda bizlere verdiğiniz destek için başta hakemlerimiz olmak üzere hepinize teşekkür ediyoruz. Dergimizin 2. cildinin 3. sayısını yayınladığımız bu sıcak yaz günlerinde Ramazan ayına da girmiş bulunuyoruz. Sağlık Bilimleri Dergisi olarak Hepinize hayırlı Ramazanlar diliyoruz.

Bu sayıda farklı araştırma konularıyla ilgili 7 ilginç makale ve iki derleme ve bir olgu sunumu bulunmaktadır. Birinci araştırmamızı; ne yazık ki günümüzün önemli sağlık sorunu haline gelen, şiddete bir bakış acısı getiren ; Funda KAVAK ve Mine EKİNCİ'nin "Acil Servis Hemşirelerine Hasta ve Yakınları tarafından Uygulanan Şiddetin İncelenmesi " adlı araştırmadır. İkinci araştırmamız ise bizi öğrencilik yıllarımıza geri götüren Emine FAYDAOĞLU ve arkadaşlarının "Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Okuyan Öğrencilerin Kahvaltı Yapma Alışkanlıklarının Saptanması" adlı araştırmadır. Bu araştırmayı Havva KARADENİZ MUMCU ve arkadaşlarının araştırdığı " Klinik Uygulamalarda Öğretim Elemanlarının Öğrencilere Uyguladığı Etik İlke İhlalleri " adlı araştırma izlemektedir.

Dördüncü makalemiz Sevim ÇELİK'in "Batın Ameliyatından 24-48 Saat Sonra Hastaların Ağrı Düzeyleri Ve Uygulanan Hemşirelik Girişimleri" adlı araştırmadır. Bu araştırmayı Nuray DAYAPOĞLU ve arkadaşlarının " Kırsal Kesimde Yaşayan Kadınlarda Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi" adlı araştırma takip etmektedir.

Altıncı makalemizde geleneklerimize bir bakış atacağız ; Esmâ SÜLÜ UĞURLU ve arkadaşlarının araştırdığı "Ödemiş'te Bulunan Annelerin Bebek Bakımında Uyguladıkları Geleneksel Yöntemlerin ;İncelenmesi" adlı araştırma ile devam edeceğiz. Yedinci makalemiz ; sayısını gün geçtikçe artmasını umduğumuz organ bağışi hakkında Sevda EFİL ve arkadaşlarının hazırladığı " Afyon İlinde Halkın ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Çalışanlarının Organ Bağışi Konusuna İlgilerinin Değerlendirilmesi" adlı araştırmadır.

Sekizinci makalemiz Seda PEHLİVAN ve Ayfer KARADAKOVAN' ın "Yaşlı Bireylerde Fizyolojik Değişiklikler Ve Hemşirelik Tanılaması" adlı derlemesidir. Bu makaleyi Nevzat DEMİRCİ 'in "Egzersiz esnasında harcanan enerji tüketiminde leptin mi karnitin mi daha etkilidir?" adlı derlemesi izlemektedir. Bu sayıda son olarak Bülent ÇAKMAK ve arkadaşlarının " Mesane İnvazyonu Nedeniyle Parsiyel Sistektomi Yapılan İki Plasenta Previa Perkreta Olgusu" adlı olgu sunumu yer almaktadır. Dergimizin bir sonraki sayısında buluşmak üzere hepinize sağlıklı ve mutlu günler dileriz.

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, Diş 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 değerlendirilmeye 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) gönderilmesi gerekmektedir. Yayımlanmak 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 1 aydır ve düzeltmeler yapıldıktan sonra, söz konusu yazılar yayın 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. Yayımlanmak üzere dergiye sunulan yazılar yayımlansın yayımlanmasın geri gönderilmez. Ancak düzeltme istenen yazılar düzeltmenin yapılmasını sağlamak amacıyla geri gönderilebilir.

MAKALE YAZIM KURALLARI

1. Yayımlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar daha önce yayımlanmamış yada yayımlanmak 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 "kalın" yazılmalıdır. Özetle 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.

İletişim	Sağlık Bilimleri Dergisi
Adres	Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Bilimleri Dergisi Sekreteryası Bağlarbaşı Mah. 29100 Gümüşhane
Tel	0 456 233 76 37 0 456 233 74 25 - 248
Faks	0 456 233 76 04
e-posta	sbd@gumushane.edu.tr



BİLİMSEL DANIŞMA KURULU / SCIENTIFIC ADVISORY BOARD

Abdülğani TATAR Atatürk Üniversitesi	Cemil ŞAHİN Gümüşhane Üniversitesi
Aclan ÖZDER Afyon Kocatepe Üniversitesi	Cihan ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi
Adem KUŞGÖZ Karadeniz Teknik Üniversitesi	Çetin AKAR Hacettepe Üniversitesi
Ahmet ALVER Karadeniz Teknik Üniversitesi	Dilek ÇİLİNGİR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet EROĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi	E.Edip KEHA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet KALAYCIOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi	Engin YENİLMEZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet KARAGÜZEL Karadeniz Teknik Üniversitesi	Erdem DUMAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet MENTEŞE Karadeniz Teknik Üniversitesi	Erhan ÇAPKIN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet TİRYAKİ Karadeniz Teknik 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	Evrin AKTEPE Süleyman Demirel Üniversitesi
Ayhan KANAT Rize Üniversitesi	Evrin 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 Hacettepe Üniversitesi	Gülşah YILDIZ DENİZ Gümüşhane Üniversitesi
Bayram ŞAHİNÖZ Hacettepe Üniversitesi	Gürdal YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Belgin YILDIRIM Adnan Menderes Ü.	Hafız AYDIN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Beyazıt YEMEZ Dokuz Eylül Üniversitesi	Halil KAVGACI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Birgül KURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi	Haluk DUMAN Aksaray Üniversitesi
Bora CENGİZ Bahçeci Sağlık Grubu	Handan GÜLER Cumhuriyet Üniversitesi
Burhan ÇAKICI Gümüşhane Üniversitesi	
Cavit KART Karadeniz Teknik Üniversitesi	
Cemalettin BALTACI Gümüşhane 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 Gümüşhane 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 Hacıaloğlu 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 Güleşçi 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
Pelın 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
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
Suzan YILDIZ İstanbul Üniversitesi
Süha TÜRKMEN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Süleyman Erhan DEVECİ Fırat Üniversitesi



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

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

PSİKİYATRİ SERVİSİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERE YÖNELİK ŞİDDET*

Funda KAVAK¹ Mine EKİNCİ²

ÖZET

Bu çalışma, psikiyatri servisinde çalışan hemşirelere yönelik hastalar tarafından uygulanan şiddeti değerlendirmek amacıyla yapıldı. Bu çalışma, Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan 100 hemşireden çalışmayı kabul eden 60 servis hemşiresine uygulandı. Araştırmada hemşirelere sosyo-demografik özellikler ve şiddetle ilgili anket uygulandı. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %73.3'ü evli, %50'si lise mezunu, %83.3'ü servis hemşiresi olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin %100'ü son bir yılda şiddete uğradığını ve saldırganı %85'i akıl hastası olarak görmektedir. Çalışanların %43'ünün sözel şiddete, %17'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı bulundu. %61.7'si saldırı esnasında tedavi yaptığını, %45'i saldırı nedeninin kötü çevresel ortam olduğunu ifade etmektedir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %53.3'ünün öfke hissettiği, %61.7'sinin saldırı sonunda yardım almadığı bulundu. Birimde saldırının olduğu yer eğitim durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Eğitim durumu arttıkça şiddete uğrama oranı azalmıştır. Araştırma sonucunda hemşirelerin tamamı şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Şiddeti azaltmak için ortam güvenliğinin sağlanması ve birimlerde eğitimlerin artırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri, Şiddet, Hemşire

*4-7 Ekim 2012, Erzurum I.Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Kongresinde. poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Öğr. Gör. İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksek Okulu.

² Yrd. Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İletişim/ Corresponding Author: Funda KAVAK

Tel: 0 442 2360970 **e-posta:** funda-kavak@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 29.08.2012

Kabul Tarihi / Accepted : 18.04.2013

VIOLENCE AGAINST PSYCHIATRY NURSES

ABSTRACT

This study of violence by patients on nurses working in a psychiatric clinic was carried out to evaluate. This study Elazığ Mental Health and Diseases Hospital employees and 60 service nurse who accepted to work performed. This study nurses administered a questionnaire regarding socio-demographic characteristics and violence. The nurses included in the study 73.3% were married, 50% of high school graduates, 83.3% of service working as a nurse. 100% of the nurses suffered violence in the last year and sees the attacker as 85% of the mentally ill. 43% of verbal abuse of employees, found 17% of children exposed to physical violence. 61.7% of attacks made during the treatment, 45% of the cause of the attack indicates that poor environmental media. Educational status of the unit is where the attack was examined by far statistically significant ($p < 0.05$). This study stated that the nurses were exposed to 100% of the violence. Altıntaş's study found that 36.8% rate of domestic violence survivors. This study the cause of the attack by 45% stated that there were bad environmental media. This rate was 20.9% Altıntaş's research. 43% of nurses were exposed to verbal violence. Coşkun's study was 86% of verbal violence. Psychiatric nurses working in service by the patients were exposed to verbal and physical violence. To reduce the severity of violence can be reduced by increasing volumes of training.

Key Words: Violence, Nursing, Psychiatry

GİRİŞ

Şiddet, kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması olayıdır (1).

Sağlık bakım kurumlarında şiddet giderek büyüyen ve yeni olmayan psikososyal bir sorundur (2). Her yıl 25 milyon kişinin iş ortamında şiddete maruz kaldığından bahsedilmektedir (3). Sağlık alanında hizmet sunan profesyoneller ve özellikle hemşireler fiziksel, sözel ve psikolojik şiddete daha fazla maruz kalabilmektedir (4). Fiziksel şiddet; fiziksel güç kullanarak (vurma, tekmeleme, itme, zorlama, ısırma, saç çekme...) birine kasıtlı olarak zarar vermeyi içeren eylemdir. Sözel şiddet; bireyin kişiliğine sözel olarak zarar vermedir. Küfür etme, aşağılama vb... davranışları içerir. Psikolojik şiddet; sık sık korku, çaresizliği gösteren sözel taciz şeklindedir. Bu taciz; zarar verme, fiziksel ve sosyal izolasyon, saldırma, ayıplama, eleştirme şeklindedir (2).

Sağlık bakım profesyonellerine yönelik şiddet; ziyaretçiler, hasta/hasta yakınları, çalışma arkadaşları ve yöneticilerden kaynaklanmaktadır (2). Bu konuda yürütülmüş çalışmaların sonuçları, sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer kurumlara göre oldukça fazla olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır (5). Hastaneler sağlık çalışanları için belki de gün geçtikçe tehlikeli ortamlar olmaktadır (6). Bu durumda sağlık çalışanları kendilerini güvende hissetmemektedir. Şiddet olayına etki eden pek çok faktör bulunmaktadır. Geçmişinde şiddet davranışı bulunanların, alkol-madde kullanımı, psikiyatrik hastalığı veya kişilik bozukluğu olanların şiddet kullanma potansiyelinin yüksek olduğu belirtilmektedir (7).

Acil servisler, cerrahi birimler ve psikiyatri kliniklerinde şiddete maruz kalma oranının daha yüksek olduğuna dair araştırmalar bulunmaktadır (8). Şiddetin önlenmesi ile ilgili yapılan araştırmalarda etkili sağlık kurumu yönetimi ve şiddet konusunu ele alan korunma ve önleme araştırmalarının yapılması, riskli durumun önceden farkına varma ya da başa çıkma gibi sağlık personelinin şiddet konusunda eğitilmesi ile şiddet riskinin azaltılmasının mümkün olduğu belirtilmiştir (9).

Ortamda şiddet olayına neden olabilecek risklerin tanınması ve kontrolünde sağlık ekibine ve hemşireye önemli roller düşmektedir. Hemşire hastaya odaklı; hastayı yakından gözlemek, detaylı öykü almak, hastaya yaklaşımda stresle baş etme yollarını öğrenmek, etkili sözel ve sözel olmayan beceriler gibi güncel yaklaşımların yanı sıra kısıtlama, tecrit etme ve ilaçla tedavi gibi geleneksel yöntemlerle önlemler alabilir (10). Ortamın güvenliğini sağlamak

hem sağlık çalışanları hem hastalar için önemlidir. Psikiyatri alanında hizmet veren kurumlarda şiddete maruz kalma riski daha fazla olduğu için ortam güvenliği daha önemlidir. Bu ortamda güvenlik amacıyla; kilitli kapılar, alarm sistemi, kamera, özel gözlem/izolasyon odaları, güvenlik personeli vb. yöntemler kullanılmaktadır (7).

Şiddetle başa çıkmada saldırgan bir kişiyi sakinleştirmek için 3 seçenek vardır: Bunlardan ilki konuşarak sakinleştirmektir. Konuşma sakin ve ses tonuna dikkat edilerek yapılmalıdır. İkinci seçenek, güç kullanarak etkisizleştirmedir. Birey ile yalnızsanız güç kullanmaktan kaçınılmalıdır. Son seçenek ise antipsikotik veya sedative hipnotik ilaçlar gibi farmakolojik ajanlar ile müdahale etmedir (11,12,13).

Bu araştırma psikiyatri servisinde çalışan hemşirelere yönelik hastalar tarafından yapılan şiddeti değerlendirmek amacıyla yapıldı.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini; Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan 100 hemşire oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise; herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadan araştırmaya katılmayı kabul eden 60 hemşire oluşturdu.

Verilerin toplanmasında literatürde yararlanılarak oluşturulan anket formu kullanıldı (7). Bu anket formu sosyo-demografik özellikler ile şiddete yönelik soruları içeren 2 kısımdan oluşmaktadır.

Veriler araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra SPSS 17.0 hazır paket programında değerlendirildi. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini ve şiddetle ilgili görüşlerini değerlendirmek için yüzdeler, ortalama, standart sapma; şiddet ile sosyodemografik özellikleri değerlendirmek için Ki-Kare kullanıldı.

Araştırmanın Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yapılabilmesi için gerekli izinler alındı. Hemşireler çalışmanın amacı anlatılarak katılmaya gönüllü olanlardan sözlü onam alındı.

Araştırmanın sınırlılığı tek grupta yapılmasıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları sadece bu gruba genellenebilir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 31 olup, %73.3'ü evlidir. Hemşirelerin %50'si lise mezunu, %38.3'ü 0-5 yıldır hemşire olarak çalışmakta ve katılanların %83.3'ü servis hemşiresi olarak çalışmaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %100'ü iş yerinde son bir yıldır şiddete maruz kalmaktadır. Birimde saldırının olduğu yer eğitim durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Eğitim durumu arttıkça şiddete uğrama düzeyleri azalmaktadır.

Tablo 1. Hemşirelik Personelinin Özellikleri

Hemşirelerin Özellikleri	%	n
Medeni Durum		
Evli	73.3	44
Bekar	26.7	16
Eğitim Düzeyi		
Lise	50	30
Önlisans	13.3	8
Lisans	36.7	22
Kaç Yıldır Hemşire		
0-5 yıl	38.3	23
6-11 yıl	33.3	20
12-17 yıl	28.3	17
Çalışma Pozisyonu		
Servis Hemşiresi	83.3	50
Sorumlu Hemşire	16.7	10
İş Yerinde Son Bir Yıldır Şiddete Maruz Kalma		
Evet	100	60
Hayır		

Hemşirelerin %85'i saldırganı akıl hastası olarak görmekte ve %70'i saldırıya yalnızken uğradığını ifade etmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %71.7'si sözel şiddete maruz kalmaktadır.

Tablo 2. Hemşirelerin Maruz Kaldığı Sözel Şiddet Türleri

Sözel Şiddet Türleri	%	n
Ağız Dalaşı Yapma	33.3	15
Küfretme	45	19
Tehdit	21.7	9

Araştırmaya katılanların %45'i saldırıya uğrama nedenini kötü çevresel ortam olarak değerlendirmekte ve hemşirelerin %28.3'ü şiddet sonrası öfkelenildiğini, %25'i karşılık

verdiğini ifade etmektedir. Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin %28.3'ü fiziksel şiddete maruz kalmaktadır.

Tablo 3. Hemşirelerin Maruz Kaldığı Fiziksel Şiddet Türleri

Fiziksel Şiddet Türleri	%	n
Isırma	10	6
Tokat Atma	25	15
İtme	20	12
Eşya Fırlatma	25	15
Tekmeleme	20	12

Hemşirelerin %61.7'si şiddet sonrası yardım almadığını ve %75'i şiddetle ilgili eğitim almadığını ifade etmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %83.3'ü kurumlarda güvenlik amacıyla güvenlik görevlisinin bulunduğunu, %16.7'si ise kamera sisteminin olduğunu ifade etmektedir.

TARTIŞMA

Sağlık personelinin maruz kaldığı şiddet, birçok ülkede ciddi bir problem teşkil eden toplumsal bir olaydır. ABD'de yapılmış bir araştırmada sağlık personelinin şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörlerinde çalışanlara göre 16 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (14).

Araştırmada eğitim durumuna göre şiddete uğrama incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Hemşirelerin eğitim seviyesi arttıkça şiddete uğrama oranı azalmaktadır. Başka bir araştırmada da eğitim düzeylerine göre şiddete uğrama oranı arasındaki fark anlamlıdır (15).

Çalışmada son bir yılda şiddete uğrama sıklığı sorulduğunda hemşirelerin tamamı şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının yarısı şiddete uğradığını söylemiştir (5). Diğer çalışmada örneklem sağlık çalışanları olup tek meslek grubuna ait olmadığı için ve özel olarak psikiyatri servisinde çalışanlarına uygulanmadığından bu farklılığın ortaya çıktığı tahmin edilmektedir.

Araştırmada saldırgan %85 olarak akıl hastası olarak görülmektedir. Diğer bir çalışmada da psikiyatrik hastalığı olanların şiddet uygulama riski yüksek bulunmuştur (16). Çalışmamızın sonucu ile diğer çalışma sonucu benzerlik göstermiştir.

Çalışmada şiddet olayı yaşadıktan sonra hemşirelerin çoğu öfkelenildiğini ve korktuğunu ifade etmiştir. Başka bir çalışmada da bulunan sonuçlar çalışmayı desteklemektedir (17). Yapılan çalışmalarda, sağlık çalışanlarının %25-88'-inin sadece son 1 yılda sözel, fiziksel ya da cinsel bir şiddete uğradıkları bildirilmektedir (18-19).

Çalışmada hemşirelerin sözel şiddete uğrama oranı %71.7 iken, fiziksel şiddete uğrama oranı %28.3'dür. Diğer bir çalışmada ise sözel şiddete maruz kalma oranı %86 olarak saptanmışken, fiziksel şiddete uğrama oranı %50.4 olarak bulunmuştur (7). Çalışmamızdaki şiddete uğrama oranlarıyla diğer çalışmalardaki oran uyumlu bulunmuştur.

Araştırmada şiddet olayından sonra çalıştığı iş yerini değiştirme sorusuna cevap olarak %91.7 oranında hayır denilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada da sağlık çalışanlarının %89'unun işlerini yapmaya devam ettikleri bulunmuştur (18). Bu da araştırmamızın diğer çalışmalarla uyumlu olduğunu göstermektedir.

Çalışmada kurumda yeterli güvenlik önlemlerinin alınıp alınmadığı sorusuna %55 evet yanıtını vermiştir. Diğer bir araştırmada araştırmaya katılanların %52.1'i hayır cevabını vermiştir⁷. Yapılan çalışma tek birimde yapılmadığı için çalışmamız psikiyatri servislerinde yapıldığı için ve hastaların ruhsal sorunlarının olması şiddete maruz kalma riskinin daha fazla olmasını artırmış ve bu yüzden güvenlik önlemlerinin arttığı tahmin edilmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmanın sonucunda psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin tamamının şiddete uğradığı bulunmuştur. Hemşirelerin şiddete uğramış olmalarına rağmen hastanede çalışmaya devam ettikleri görülmüştür.

Hemşirelerin güvenli koşullarda çalışması ve olabilecek şiddet riskinin azaltılması en doğal haklarıdır. Bunun için güvenli ortamın sağlanmasında çalışanların eğitimi, yöneticilerin üzerine düşen görevi yapması gibi konularda yasal düzenlemelerin yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Violence and Health: Task Force on Violence and Health. Cenevre, WHO, 1998.
2. Altıntaş N. Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Tez Yöneticisi: Yrd.Doç.Dr.Yasemin Kutlu, İstanbul, 2006.

3. Kessinger JA .The Role Of Staffing Rstios İn Patients Assaults At An Inpatient Psychiatric Facility. A Thesis Master of Science In Nursing, Faculty of the Allan&Donna Lansing School of Nursing, Kentucky, USA, 2000
4. Calabro A . Study Of Patients Assault-Related Injuries In State Psychiatric Hospitals. A Thesis Doctorate In Public Health, The University Of Texas School Of Public Health, Texas, USA, 2007.
5. Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi Ve Önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. Konya, 2010;2(2):161-173
6. Pemberton MN, Atherton GJ, Thornhill MH: Violence And Agression At Work. Br Dent J, 2000;189:409-410
7. Coşkun S. Bakırköy Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010;3(3)
8. Nicholls TL, Brink J, Greaves C, Lussier P, Verdun-Jones S . Forensic Psychiatric Inpatients And Aggression: An Exploration Of Incidence, Prevalence, Severity, And Interventions By Gender. International Journal of Law and Psychiatry, 2009;32(1):23-30
9. Ayrancı Ü. Çeşitli Sağlık Kurumlarında Ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002; 3:147-154
10. Ericsson KI, Westrin CG. Coercion Meassures In Psychiatric Care. Acta Psychiatr Scand, 1995;26:210-215
11. Ölmezoğlu ZB, Vatansever K, Ergör A. İzmir Metropol Alanı 112 Çalışanlarında Şiddet Maruziyetinin Değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim, 1999;2(2):161-173
12. Novitsky MA, Julius RJ, Dubin WR. Non-Pharmacologic Management Of Violence In Psychiatric Emergencies. Prim Psychiatry, 2009;16(9):49-53
13. Dilbaz N. Şiddet Riskinin Değerlendirilmesi Ve Saldırgan Hastaya Yaklaşım. Klinik Psikiyatri Dergisi. 1999;2:179-182
14. Kingma M. Workplace Violence İn The Health Sector: A Problem Of Epidemic Proportion. International Nursing Review, 2001;48:129-130
15. Şahin B. Yardımcı Acil Sağlık Personeline Yönelik Şiddet. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2011;11(3): 110-114

16. Lau J, Magarey J, McCutcheon H. Violence In The Emergency Department: A Literature Review. Aust Emerg Nurs J, 2004;40:317-324
17. Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM, et al. Violence In The Emergency Department A Survey Of Health Care Workers. CMAJ, 1999;16:161-170
18. Özçelik EM. <http://www.medimagazin.com.tr/saglik-calisanlari/genel/tr-hemşirelerin-yuzde-87si-mobbing-magduru-6-48-34987.html>.(erişim tarihi: 21.05.2012)
19. Schulte JM, Nolt BJ, Williams RL, Spinks CL, HellstenJJ: Violence And Threats Of Violence Experienced Bypublic Health Field-Workers. JAMA, 1998;100(12):2332-2333

ANKARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNDE OKUYAN ÖĞRENCİLERİN KAHVALTI YAPMA ALIŞKANLIKLARININ SAPTANMASI

Emine FAYDAOĞLU¹, Esmâ ENERĞİN², Metin Saip SÜRÜCÜOĞLU³

ÖZET

Bu araştırma Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören öğrencilerin kahvaltı yapma alışkanlıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin Beslenme ve Diyetetik, Hemşirelik, Ebelik, Sosyal Hizmet ve Sağlık Kurumları Yöneticiliği ve Çocuk Gelişimi bölümlerinin her sınıfından 10'ar kişi olmak üzere toplam 220 gönüllü lisans öğrencisi oluşturmuştur. Çalışma kapsamındaki bireyler basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Çalışma Şubat 2012–Mart 2012 tarihleri arasında yapılmış, anket formları doldurmuş ve değerlendirmeye alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS paket programı, istatistiksel analiz olarak Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.25±1.6 yıl'dır. Öğrencilerin %27.2'si her gün kahvaltı yapmakta, %1.4'ü ise kahvaltı yapmamaktadır. Öğrencilerin %61.2'si derse yetişemediklerinden veya zamanları olmadıklarından kahvaltı yapmamaktadır. Araştırmaya göre öğrenciler her gün sabah kahvaltısında en fazla ekmeğ (%67.7), beyaz peynir (%41.8), domates-salatalık (%22.7), siyah zeytin (%20.3) gibi besinleri ve içecek olarak çayı (%72.3) tercih etmektedirler.

Anahtar Kelimeler: Üniversite Öğrencileri, Beslenme Alışkanlıkları, Kahvaltı.

¹Orman ve Su İşleri Bakanlığı, Su Yönetimi Genel Müdürlüğü, Uzman Biyolog

²Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Araştırma Görevlisi

³Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Prof. Dr.

İletişim/ Corresponding Author: Emine FAYDAOĞLU **Geliş Tarihi / Received** : 13.01.2013

Tel: : (0312) 207 63 67 **e-posta:** eminefaydaoglu@gmail.com **Kabul Tarihi / Accepted** : 24.04.2013

ESTABLISHMENT OF ANKARA UNIVERSITY FACULTY OF HEALTH SCIENCES STUDENTS BREAKFAST HABITS

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the breakfast habits of the students being educated in the Faculty of Health Sciences, at Ankara University. The research population consisted of ten students from each undergraduate class of the Departments of Nutrition and Dietetics, Nursing, Midwifery, Social Service and Medical Institution Management and Pediatric Development of the Faculty of Health Sciences, making up 220 voluntary students in total. The individuals who participated in the research were selected according to the simple random sampling methodology. The survey was carried out between February 2012 and March 2012; in which timeframe the questionnaires were filled in and evaluated. For data evaluation, the SPSS 16.0 programme was used and the Chi-square test was applied as the statistical analysis method. The average age of the students participating in the study was 21.25 ± 1.6 years. It was found that 27.2 % of the students were having breakfast everyday, while 1.4 % regularly do not. It was also found that 61.2 % of the students were not having breakfast because they did not have time and had difficulty being on time morning lessons. According to the research, students mostly prefer foods such as bread (67,7%), cheese (41.8%), tomato–cucumber (22.7%), black olives (20.3 %) and beverages such as tea (72.3 %) for the breakfasts.

Key Words: University Students, Nutritional Habits, Breakfast.

GİRİŞ

Beslenme; büyüme, gelişme, sağlığın korunması, verimli olarak uzun süre yaşamın devamı için gerekli olan besin öğelerinden her birini, yeterli miktarda dengeli olarak tüketmektir (1-3). Vücut gereksinmelerini karşılayacak enerji ve besin öğelerinin önerilen miktarda olması; bireyin sağlıklı olarak yaşamını devam ettirebilmesi, okul başarısı ve obezite, kalp-damar hastalıkları, diyabet gibi kronik hastalıkların önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bunun içinde günde en az 3 ana öğün besin tüketmek; tek yönlü beslenme, aç kalma veya aşırı beslenme gibi sağlığı bozucu durumlardan sakınmak gerekmektedir (4).

Kahvaltının beslenmede önemli bileşenlerden biri olduğu bilinmektedir. Deney hayvanları ve insanlarda yapılan çalışmalarda sabah kahvaltısı yapılmamasının bilişsel fonksiyonlarda ve özellikle hatırlama performansında gerilemeye yol açtığı gösterilmiştir (5). Hatırlama ve kan glikoz düzeyi üzerine üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, hatırlama performansının kan glikoz düzeyleri ile ilişkili olduğu ve kahvaltı yapmanın hatırlamayı kolaylaştırdığı belirlenmiştir (6). Yeni bir güne istekli başlamada ve günü verimli bir şekilde sürdürmede sabah kahvaltısının miktarı ve bileşimi büyük rol oynamaktadır. (7). Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada; kahvaltı yapmanın, beslenme durumunu iyileştirerek, öğrenme ve bilişsel becerilerde gelişimi arttırdığı ve eğitimin etkinleşmesine katkısının olduğu bulunmuştur (8).

Üniversite dönemi; bireylerin özgürlük ve sorumlulukların arttığı bir dönemdir (9). Ülkemizde üniversite gençlerinin beslenme alışkanlıkları ile ilgili yapılan araştırmalarda bu dönemde beslenme ile ilgili çok ciddi sorunların yaşandığı, öğrencilerin genellikle öğünlere dikkat etmedikleri, başta kahvaltı olmak üzere öğünleri geçiştirdikleri bildirilmiştir (10,12,13,14). Benzer şekilde Amerika’da 1965-1991 yılları arasında kahvaltı tüketiminin 19-29 yaşları arasında en düşük olduğu bulunmuştur (15). Üniversite öğrencileri topluma örnek teşkil ettiği için, doğru beslenme alışkanlıklarına sahip olmaları önem taşımaktadır (16).

Bu araştırma Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde öğrenim gören öğrencilerin kahvaltı yapma alışkanlıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Bu araştırma, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nin Beslenme ve Diyetetik, Hemşirelik, Ebelik, Sosyal Hizmet ve Sağlık Kurumları Yöneticiliği ve Çocuk

Gelişimi bölümlerinden basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile her sınıfından 10'ar kişi olmak üzere toplam 220 lisans öğrencisi üzerinde yapılmıştır. Çocuk Gelişimi Bölümü'nde sadece ilk iki sınıfta öğrenci bulunması nedeni ile bu bölümden 20 öğrenci çalışmaya alınmıştır. Veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formunda; demografik özellikler, eğitim durumu, yaşadığı yer, hastalığı olup olmadığı, sigara kullanma durumu, kahvaltı yapma durumu, su tüketimi, kahvaltı yapma sıklığı, yiyecek-içecekleri tüketim sıklığı, kahvaltıda yenilen besinler, kahvaltı yapılmadığı zaman karşılaşılan sağlık sorunları ile ilgili kişisel bilgilere yer verilmiştir (Şubat-Mart 2012). Anket formu yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur. Bireylerin boy uzunluğu (cm) ve vücut ağırlığı (kg) ölçülerek beden kütle indeksi (BKİ) hesaplanmış ve Dünya Sağlık Örgütü'nün verileri doğrultusunda değerlendirilmiştir (17). Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS paket programı kullanılmıştır. Ortalama (X), standart sapma (S) ve yüzde (%) dağılımları tablolar halinde verilmiştir. İstatistiksel analiz olarak Ki-Kare önemlilik testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %27.3'ünü 1. sınıflar, %27.3'ünü 2.sınıflar, %22.7'sini 3.sınıflar, %22.7'sini 4.sınıflar oluşturmuştur. Araştırmaya %22.3'ü erkek, %77.7'si kadın olmak üzere toplam 220 öğrenci alınmıştır.

Tablo 1: Öğrencilerin Cinsiyet ve BKİ'ne Göre Vücut Ağırlıkları (n=220)

BKİ Grupları	Erkek		Kadın	
	n	%	n	%
Zayıf (<18.50)	0	0	17	10.0
Normal (18.50-24.99)	35	71.4	144	84.2
Hafif Şişman (25.00-30.00)	14	28.6	10	5.8
Toplam	49	100.0	171	100.0

Araştırmaya katılan erkeklerin %71.4'ünün, kadınların ise %84.2'sinin normal BKİ'ye sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Erkek ve kadın öğrencilerin beden kütle indeksleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=23.663$, $p>0.05$) ancak hafif şişman olan erkek öğrencilerin oranının kadınlara göre daha fazla olduğu görülmüştür (E:%28.6, K:%5.8).

Tablo 2: Öğrencilerin Cinsiyet ve BKİ'lerine Göre Kahvaltı Yapma Sıklığı (n=220)

Cinsiyet	Kahvaltı Yapma Sıklığı									
	Haftada 1-2		Haftada 3-4		Haftada 5-6		Her gün		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Erkek	12	24.5	19	38.8	10	20.4	8	16.3	49	100.0
3e4dr4q1Kadın	25	14.6	47	27.5	47	27.5	52	30.4	171	100.0
BKİ Grupları										
Zayıf (<18.50)	3	17.6	5	29.4	3	17.6	6	35.3	17	100.0
Normal (18.50-24.99)	30	16.7	53	29.6	46	25.7	50	27.9	179	100.0
Hafif Şişman (25.00-30.00)	4	16.7	8	33.3	8	33.3	4	16.7	24	100.0

Tablo 2'deki veriler değerlendirildiğinde kadınların her gün düzenli kahvaltı yapma alışkanlığı erkeklerden yüksek bulunmuştur (kadın:%30.4; erkek:%16.3). Her gün kahvaltı yapma sıklığı bakımından kadın ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=7.33$, $p>0.05$). Yapılan benzer çalışmalarda, her gün kahvaltı yapan öğrencilerin oranı %19.1 (18), %34.4 (13), %65.5 (19), %34.8 (20), %44.1 (22) ve %38.5 (23) olarak saptanmıştır.

Öğrencilerin BKİ değerleri ile kahvaltı yapma alışkanlıkları arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve BKİ'ne göre zayıf olan öğrencilerin %35.3'ünün her gün, BKİ'ne göre normal olan öğrencilerin %29.6'sının haftada 3-4 gün, BKİ'ne göre hafif şişman olan öğrencilerin %33.3'ünün haftada 3-4 ve haftada 5-6 gün kahvaltı yaptığı bulunmuştur. BKİ değerleri ile kahvaltı yapma alışkanlıkları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($\chi^2=2.489$, $p>0.05$).

Öğrencilerin kahvaltı yaptıkları mekanlar sorgulandığında en çok evlerinde kahvaltı yaptıkları bulunmuştur (%49.5). Erten (2006)'in Adıyaman'da eğitim gören 250 üniversite öğrencisi ile yaptığı çalışmada da benzer bir sonuç bulunmuştur (24).

Araştırmaya alınan öğrencilerin kahvaltı öğününü atlama nedenlerine bakıldığında; öğrencilerin yarısından çoğu (%61.2) derse yetişemediklerinden veya zamanları olmadığı için kahvaltı öğününü atladığını ifade etmiştir. Bu çalışma ile benzer olarak üniversite öğrencileri ile yapılan diğer çalışmalarda da zaman yetersizliği kahvaltı öğününü atlamada ilk neden olarak bulunmuştur (20,22,25,26). Bu çalışma ve yapılan diğer çalışmalarla da benzer olarak kahvaltı öğününü atlama nedenleri arasında ikinci sırada iştahsız olma veya yemek yeme isteği duymamanın yer aldığı bulunmuştur (25,26).

Sigara kullanma durumunun kahvaltı yapma alışkanlığına olan etkisi değerlendirildiğinde sigara kullananların düzenli kahvaltı yapma alışkanlığının daha az olduğu bulunmuştur (Kullanan: %32.4, kullanmayan:%57.4, $\chi^2=10.446$, $p<0.05$). Erten (2006) üniversite öğrencilerinin kahvaltı yapma alışkanlığını incelediği çalışmada kahvaltı yapma alışkanlığının sigara içen öğrencilerde anlamlı şekilde daha az olduğunu bulmuştur ($p<0.05$) (24).

Tablo 3: Öğrencilerin Kahvaltı Yapmadıklarında Karşılaştıkları Bazı Rahatsızlıklar

Kahvaltı Yapmadıklarında Karşılaşılan Durum	<5 gün kahvaltı yapan kişiler				≥5 gün kahvaltı yapan kişiler				İstatistik p
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yorgunluk	62	60.2	41	39.8	81	69.2	36	30.8	0.161
Halsizlik	63	61.2	40	38.8	94	80.3	23	19.7	0.002*
Açlık hissi	74	71.8	29	28.2	99	84.6	18	15.4	0.021*
Baş dönmesi	28	27.2	75	72.8	56	47.9	61	52.1	0.002*
Baş ağrısı	32	31.1	71	68.9	69	59.0	48	41.0	0.000*
Dikkatte Azalma	55	53.4	48	46.6	84	71.8	33	28.2	0.005*
Göz Kararması	30	29.1	73	70.9	41	35.0	76	65.0	0.349
Çarpıntı	17	16.5	86	83.5	22	18.8	95	81.2	0.656
Huzursuzluk	36	35.0	67	65.0	59	50.4	58	49.6	0.021*
Üşüme	25	24.3	78	75.7	30	25.6	87	74.4	0.815

*P değerleri istatistiksel olarak önemlidir.

Araştırmaya katılan öğrenciler arasında haftada en az 5 gün kahvaltı yapan öğrencilerin kahvaltı yapmadıklarında Tablo 3’de yer alan halsizlik, açlık hissi, baş dönmesi, baş ağrısı, dikkatte azalma ve huzursuzluk durumlarının hepsi ile karşılaştıklarını ve bu nedenle düzenli kahvaltı yaptıklarını ifade etmişlerdir.

Kahvaltı beslenme durumunu iyileştirerek bilişsel fonksiyonların gelişmesinde etkili olan bir öğündür (27,28). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, kahvaltı etmenin hatırlamayı kolaylaştırdığı, bu durumun da kan glikoz düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (27,29).

Niğde Üniversitesinde yapılan bir çalışmada da kahvaltı yapmayan öğrencilerin performanslarında düşüş olduğu, bunun yanı sıra üşüme, titreme gibi durumların gözlemlendiği bildirilmiştir (21).

Sevindi ve ark (2007)'nin yaptığı çalışmada da kahvaltı yapmayan öğrencilerin açlık, halsizlik, yorgunluk hislerinin arttığı ve dikkatlerinin azaldığı (sırasıyla %86, %80, %72, %72) görülmüştür (30).

Araştırmaya katılan erkeklerin %83.6'sı, kadınların %94.7'si kahvaltının günün en önemli öğünü olduğunu söylemiştir. Öğrencilerin büyük çoğunluğu güne zinde başlama, kan şekerinin düzenlenmesi, zayıflama, dikkatin toplanması, performans gibi durumlarda kahvaltının önemli olduğunu ifade etmiştir. Buna karşın öğrencilerin %35.0'i kahvaltının vücut ısısını düzenlemede rolü olmadığını söylemiştir.

Tablo 4'de görüldüğü gibi, sabah kahvaltısında öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%72.3) içecek olarak çayı tercih ettikleri, süt (%5.9), yumurta (%11.4) gibi protein ağırlıklı gıdaları daha az tükettikleri belirlenmiştir. Öğrencilerin, kahvaltısında asitli içecekleri az tercih etmeleri (%9.1) ise sevindiricidir. Araştırmaya katılan erkek öğrencilerin %85.7'sinin, kadınların ise %68.4'ünün kahvaltıda en çok çay içtikleri bulunmuştur. Erkek öğrenciler kahvaltıda Türk kahvesi, taze sıkılmış meyve suyu ve ayran içmezken, kadınlar %1.2 oranla en az taze sıkılmış meyve suyunu kahvaltıda tüketmektedirler. Araştırma sonuçlarına göre öğrencilerin her gün düzenli süt tüketimlerinin çok düşük olduğu bulunmuştur (erkek %2.0, kadın %7.0). Öğrencilerin taze sıkılmış meyve suyu tüketimlerinin çok düşük, buna karşılık hazır meyve suyu tüketimlerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da öğrencilerin çaydan sonra en çok hazır meyve suyu (%16.3) tükettikleri bulunmuştur (10).

Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (10,13,20,22,31). Yapılan çalışmalar, yemek sırasında içilen çayın demir emilimini düşürücü etkisi olduğu (32,33) ve bu nedenle özellikle hayvansal besinler tüketilirken içilen çayın yemek sırasında ve yemekten hemen sonra içilmemesi önerilmektedir (32).

Avustralyalı yetişkinlerin beslenme alışkanlığının incelendiği bir çalışmada, kahvaltının tiamin, riboflavin ve kalsiyum için çok iyi bir kaynak olduğu, çinko ve A vitamini dışında diğer bütün vitamin ve minerallerin günlük alınması gereken miktarlarının %25'den fazlasını sağladığı belirtilmiştir (34).

Amerika'da da, 18-24 yaş arası kadınların sabah kahvaltısında en çok hazır kahvaltılık tahıl ve süt, ekmek ve kahve tükettikleri belirlenmiştir. Ülkemizde üniversite öğrencileriyle yapılan benzer çalışmalarda ise, öğrencilerin çok az süt tükettikleri saptanmıştır (13,26,10). Güleç ve ark. (2008)'nin, GATA ve Mehmet Akif Yurdu'nda kalan kız öğrenciler ile

yaptıkları çalışmada öğrencilerin sadece %13.7'sinin kahvaltıda süt içtiği bulunmuştur. Bu araştırma sonucunda da öğrencilerin %5.9'unun her gün düzenli süt tükettiği, %25.5'inin ise haftada 1-2 kez süt içtiği bulunmuştur (10).

Tablo 5 incelendiğinde; erkek öğrencilerin kahvaltıda en çok beyaz ekmek (%73.5), beyaz peynir (%32.7), siyah zeytin (%18.4) tükettiği, kadın öğrencilerin ise en çok %66.1'i beyaz ekmek, %44.4'ü beyaz peynir, %24.6'sı taze sebze tükettiği saptanmıştır. Özdoğan ve ark. (2010)'nın yaptıkları çalışmada, bu çalışmayla benzer olarak öğrencilerin kahvaltıda en çok peynir (%86.2), ekmek (%79.3), domates salatalık (%67.6) tükettiği belirlenmiştir (22).

Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda da; öğrencilerin kahvaltıda en çok peynir, çay, zeytin ve ekmek tükettiği saptanmıştır (12,20).

Düzensiz kahvaltı yapan erkek öğrencilerin %32.7'si poğaçaya, %26.5'i simit tüketirken, kız öğrencilerin %35.1'i poğaçaya, %30.4'ü simit tüketmektedir.

Üniversite öğrencilerinin kahvaltı yapma alışkanlıklarının belirlendiği diğer çalışmalarda da, düzenli ve düzensiz kahvaltı yapan öğrencilerin sabah kahvaltısında tahıl grubu içerisinde en fazla beyaz ekmek, simit-poğaçaya, bisküvi-kek tükettikleri görülmüştür (19,20,26).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bireyin bedensel, duygusal gelişmesini ve sosyal davranışlarını doğrudan etkileyen en önemli faktörlerden biri yaşına, cinsiyetine ve aktivitesine uygun olarak yeterli ve dengeli beslenmesidir. Bu nedenle bireylere bebeklik ve çocukluk çağından itibaren ana öğünleri düzenli tüketme alışkanlığı kazandırılmalıdır. Öğrencilere sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılmasıyla, sağlığının korunacağı, hastalıklardan uzak kalacağı, fiziksel ve sosyal huzurunun sağlanacağı, yaşam kalitesinin yükseleceği bilinci kazandırılmalı ve bu konuda beslenme eğitim desteği verilmelidir.

Çocukluk çağından itibaren kahvaltı yapma alışkanlığının, doğru beslenme alışkanlığının kazandırılması çok önemlidir. Akşam yemeği ile sabah arasında yaklaşık 12 saatlik bir süre geçer. Bu süre içinde vücut, besinlerin tümünü kullanır. Sabah kahvaltı yapılmazsa, beynin kullanacağı enerjide azalma olur. Bu durumda yorgunluk, baş ağrısı, dikkat ve algılama azlığı gibi sıkıntılar yaşanır ve okul başarısı düşer. Öğünler içinde en önemlisi sabah kahvaltısıdır. Yeterli ve dengeli bir kahvaltı menüsü güne istekli başlamada ve elverişli bir biçimde sürdürmede oldukça önemlidir.

Tablo 4: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Kahvaltıda Tükettikleri İçecek Çeşitlerinin Tüketim Sıklığı

İçecekler	Her Gün		Haftada 5-6		Haftada 3-4		Haftada 1-2		15 Günde 1		Ayda 1		Hiç															
	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K														
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%														
Süt	1	2.0	12	7.0	0	0.0	17	9.9	10	20.4	39	22.8	7	14.3	49	28.7	9	18.4	22	12.9	15	30.6	17	9.9	7	14.3	15	8.8
Çay	42	85.7	117	68.4	4	8.2	21	12.3	2.0	4.1	17	9.9	1	2.0	8	4.7	0	0.0	3	1.8	0	0.0	1	0.6	0	0.0	4	2.3
Bitki çayları	1	2.0	17	9.9	1	2.0	12	7.0	4	8.2	18	10.5	2	4.1	31	8.1	8	16.3	28	16.4	10	20.4	30	17.5	23	46.9	35	20.5
Nescafe	5	10.2	18	10.5	5	10.2	22	12.9	14	28.6	20	11.7	12	24.5	37	21.6	5	10.2	22	12.9	5	10.2	31	18.1	3	6.1	21	12.3
Taze sıkılmış meyve suyu	0	0.0	2	1.2	2	4.1	2	1.2	2	4.1	18	10.5	11	22.4	28	16.4	1	22.4	36	21.1	13	26.5	51	29.8	10	20.4	34	19.9
Hazır meyve suyu	2	4.1	6	3.5	5	10.2	24	14.0	13	26.5	25	14.6	11	22.4	40	23.4	10	20.4	25	14.6	5	10.2	28	16.4	3	6.1	23	13.5
Ayran	0	0.0	6	3.5	5	10.2	13	7.6	14	28.6	27	15.8	19	38.8	65	38.0	3	6.1	30	17.5	6	12.2	20	11.7	2	4.1	10	5.8
Asitli İçecekler	9	18.4	11	6.4	17	34.7	15	8.8	10	20.4	16	9.4	6	12.2	42	24.6	3	6.1	31	18.1	3	6.1	30	17.5	1	2.0	26	15.2

Tablo 5: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Kahvaltıda Tükettikleri Yiyecek Çeşitlerinin Tüketim Sıklığı

Ekmek	Her Gün				Haftada 5-6				Haftada 3-4				Haftada 1-2				15 Günde 1				Ayda 1				Hiç			
	E		K		E		K		E		K		E		K		E		K		E		K		E		K	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tam Tahıllı Ekmek	2	4.1	9	5.3	2	4.1	6	3.5	1	2.0	8	4.7	3	6.1	3	1.8	1	2.0	17	9.9	2	4.1	28	16.4	38	77.6	100	58.5
Çavdar Ekmeği	1	2.0	3	1.8	0	0.0	3	1.8	1	2.0	7	4.1	1	2.0	6	3.5	2	4.1	12	7.0	4	8.2	22	12.9	40	81.6	118	69.0
Kepek Ekmek	0	0.0	17	9.9	1	2.0	14	8.2	0	0.0	12	7.0	2	4.1	16	9.4	4	8.2	12	7.0	1	2.0	28	16.4	41	83.7	72	42.1
Beyaz Ekmek	36	73.5	113	66.1	3	6.1	9	5.3	5	10.2	17	9.9	2	4.1	8	4.7	1	2.0	6	3.5	0	0.0	6	3.5	2	4.1	12	7.0
Beyaz Peynir	16	32.7	76	44.4	12	24.5	34	19.9	11	22.4	32	18.7	5	0.2	18	10.5	3	6.1	1	0.6	2	4.1	3	1.8	0	0.0	7	4.1
Kaşar Peyniri	5	10.2	15	8.8	7	14.3	29	17.0	9	18.4	31	18.1	11	22.4	27	15.8	8	16.3	29	17.0	3	6.1	20	11.7	6	12.2	20	11.7
Reçel/Bal	5	10.2	25	14.6	5	10.2	21	12.3	16	32.7	26	15.2	9	8.4	37	21.6	3	6.1	22	12.9	6	12.2	19	11.1	5	10.2	21	12.3
Pekmez/Tahin	1	2.0	7	4.1	0	0.0	7	4.1	11	22.4	11	6.4	8	16.3	26	15.2	5	10.2	21	12.3	8	16.3	36	21.1	16	32.7	63	36.8
Çikolata	5	10.2	40	23.4	10	20.4	26	15.2	10	20.4	40	3.4	11	22.4	35	20.5	8	16.3	14	8.2	3	6.1	10	5.8	2	4.1	6	3.5
Tereyağ	3	6.1	6	3.5	5	10.2	15	8.8	8	16.3	18	0.5	1	24.5	23	13.5	7	14.3	18	10.5	8	16.3	28	16.4	6	12.2	63	36.8
Margarin	1	4.0	4	2.3	3	6.1	6	3.5	6	12.2	3	1.8	10	20.4	21	12.3	7	14.3	14	8.2	6	12.2	22	12.9	16	32.7	101	59.
Yeşil Zeytin	7	14.3	38	22.2	5	10.2	28	16.4	14	28.6	31	18.1	8	16.3	27	15.8	7	14.3	9	5.3	2	4.1	9	5.3	6	12.2	29	17.0
Siyah Zeytin	9	18.4	34	19.9	13	26.5	27	15.8	12	24.5	36	21.1	4	8.2	23	13.5	3	6.1	14	8.2	4	8.2	14	8.2	4	8.2	23	13.5
Yumurta	7	14.3	18	10.5	12	24.5	20	11.7	13	26.5	48	28.1	11	22.4	51	29.8	5	10.2	16	9.4	0	0.0	6	3.5	1	2.0	12	7.0
Taze Sebze	8	16.3	42	24.6	14	28.6	45	26.3	16	32.7	42	24.6	5	10.2	26	15.2	4	8.2	10	5.8	0	0.0	6	3.5	2	4.1	0	0.0
Patates Kız.	0	0.0	6	3.5	10	20.4	14	8.2	13	26.5	33	19.3	15	30.6	46	26.9	7	14.3	43	25.1	3	6.1	16	9.4	1	2.0	13	7.6
Salam/Sosis	1	2.0	5	2.9	2	4.1	3	1.8	11	22.4	21	12.3	12	24.5	39	22.8	4	28.6	29	17.0	4	8.2	33	19.3	5	10.2	41	24.0
Sucuk	0	0.0	0	0.0	5	10.2	4	2.3	11	22.4	14	8.2	14	28.6	35	20.5	10	20.4	42	24.6	6	12.2	44	25.7	3	6.1	32	18.7
Kah. Gevrekler	1	2.0	5	2.9	3	6.1	8	4.7	4	8.2	12	7.0	5	10.2	6	3.5	1	2.0	19	11.1	4	8.2	25	14.6	31	63.3	96	56.1
Poğaç	5	10.2	5	2.9	12	24.5	8	10.5	16	32.7	26	15.2	11	22.4	60	35.1	3	6.1	38	22.2	2	4.1	16	9.4	0	0.0	8	4.7
Simit	2	4.1	3	1.8	12	24.5	15	8.8	13	26.5	22	12.9	10	20.4	52	30.4	7	14.3	43	25.1	4	8.2	30	17.5	1	2.0	6	3.5
Tost	0	0.0	3	1.8	3	6.1	15	8.8	9	18.4	20	11.7	11	22.4	46	26.9	9	18.4	36	21.1	12	24.5	30	17.5	5	10.2	2	12.3
Sandviç	0	0.0	3	1.8	1	2.0	8	4.7	6	12.2	14	8.2	14	28.6	39	22.8	10	20.4	43	25.1	8	16.3	36	21.1	10	20.4	28	16.4
Börek	0	0.0	2	1.2	2	4.1	7	4.1	6	12.2	13	7.6	9	18.4	33	19.3	15	30.6	53	3.0	15	30.6	48	28.1	2	4.1	15	8.8
Bisküvi	2	4.1	22	12.9		20.4	24	14.0	1	22.4	37	21.6	12	24.5	26	15.2	5	10.2	27	15.8	6	12.2	18	10.5	3	6.1	17	9.9
Meyve	6	12.2	41	24.0	109	18.4	34	19.9	12	24.5	44	25.7	12	24.5	24	14.0	6	12.2	11	6.4	3	6.1	9	5.3	1308	2.0	8	4.7

KAYNAKLAR

- 1.Güneş Z. Spor ve Beslenme: Nobel Yayınevi. 2003. 3:12-35.
- 2.Baysal A. Beslenme: Hatipoğlu Yayınları. 2004. 4-6.
- 3.Ersoy G. Sporcu Beslenmesi: Nobel Yayın ve Dağıtım. 2004. S.2.
- 4.Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2006. Ankara.
- 5.Baysal A. Kahvaltı ve Okul Başarısı. Beslenme ve Diyet Dergisi 1999; 28:1-3.
- 6.Benton D, Sargent J. Breakfast, Blood Glucose and Memory. Biological Psychology 1992; 33:207-210.
- 7.Merdol KT. Kahvaltının Önemi ve Kahvaltı Örüntümüz. Türk Mutfak Kültürü Üzerine Araştırmalar, Türk Halk Kültürünü Araştırma ve Tanıtma Vakfı; 2001. Yayın No: 28, Yayına Hazırlayan: Kamil Toygar, Takav Matbaası, Ankara.
- 8.Jacoby E, Cueto S, Poitt E. “When Science and Politics Listen to Each Other:Goo Prospects from a New School Breakfast Program İn Peru”, American Journal Clinical Nutrition 1998; 67 Suppl:795-797.
- 9.Niemeier HM, Raynor HA, Lloyd-Richardson EE, Rogers ML, Wing RR. Fast-Food Consumption and Breakfast Skipping: Predictors of Weight Gain from Adolescence to Adulthood in a Nationally Repesantive Sample. Journal Adolescent Health 2006; 39: 842-849.
- 10.Güleç M, Yabancı N, Göçgeldi E, Bakır B. Ankara'da İki Kız Öğrenci Yurdunda Kalan Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları 2008.
- 11.Debate RD, Topping M, Sargent RG. Racial And Gender Differences İn Weight Status and Dietary Practices Among College Students. Adolescence 2001; 144: 819-833.
- 12.Heseminia T, Çalışkan D, Işık A. Ankara'da Yüksek Öğretim Öğrenci Yurtlarında Kalan Öğrencilerin Beslenme Sorunları. İbni Sina Tıp Dergisi 2002;7: 155-166.
- 13.Mazıcıoğlu M, Öztürk A. Üniversite 3 ve 4. Sınıf Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları ve Bunu Etkileyen Faktörler. Erciyes Tıp Dergisi 2003;25(4): 172-178.
- 14.Özkurt Ö, Nural N, Hindistan S. KTÜ Trabzon Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının ve Malnütrisyon Prevelansının Saptanması. 5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi; Kongre Kitabı 20-21 Nisan 2006, Şanlıurfa. 2006.
- 15.Haines PS, Guilky DK, Popkin BM. Trends in Breakfast Consumption of US Adults Between 1965 and 1991. Journal American Diet Association 1996; 96(5): 465–470.

16.Vançelik S, Önal SG, Güraksın A, Beyhun E. Üniversite Öğrencilerinin Beslenme ilgi ve Alışkanlıkları İle İlişkili Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6 (4): 242-248.

17.WHO için kaynak internet sayfası Erişim Tarihi 07.12.2012
http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

18.Şahinöz T, Şahinöz S, Çetinkaya F, Aykut M. ve Öztürk Y. Yurttan Kalan Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 1999; 8 (1-2): 16-24.

19.Demir B, Karabudak E, Kızıltan G, Başoğlu S. “Üniversite Öğrencilerinin Kahvaltı Alışkanlıkları”. V. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi Bildiri Özetleri; 2006. s;257.

20.Yaman M, Yabancı N. “Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi”.1.Uluslararası Ev Ekonomisi Kongresi; 22-24 Mart 2006. Kongre Kitabı. Ankara Üniversitesi Ev Ekonomisi Yüksekokulu, Oluşum Yayın Dağıtım Ltd. Şti. Ankara 2006. s;214-223.

21.Yılmaz E, Özkan S. Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2(6), 87-104.

22.Özdoğan Y, Özçelik AÖ, Sürücüoğlu MS. The Breakfast Habits of Female University Students. Pakistan Journal of Nutrition; 2010; 9 (9):882-886. ISSN 1680-5194.

23.Yıldırım İ, Yıldırım Y, Tortop Y, Poyraz A. Afyon Kocatepe Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Bunları Etkileyen Faktörler. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011; Cilt:8 Sayı:1, ISSN:1303-5134.

24.Erten M. Adıyaman İlinde Eğitim Gören Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgilerinin ve Alışkanlıklarının Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, ss:130. 2006.

25. Tuncay P, Öktem BA. Başkent Üniversitesi Öğrencilerinin Sabah Kahvaltı Yapma ve Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Besin Analizleri ve Beslenme Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Yayınlanmamış). Ankara - 2008.

26.Orak S, Akgün S, Orhan H. “Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Araştırılması”. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006; 13(2), 5-11.

27.Benton D, Sargent J. Breakfast, Blood Glucose and Memory. *Biological Psychology* 1992; 33: 207-210.

28.Jacoby E, Cueto S, Poitt E. “When Science and Politics Listen to Each Other: Goo Prospects from a Ew School Breakfast Program İn Peru”, *The American Journal of Clinical Nutrition* 1998; 67 Suppl:795-797.

29.Preziosi P, Galan P, Deheeger M, Yacouth N, Drenowski A. Breakfast Type Daily Nutrient İntakes and Vitamin and Mineral Status of French Children, Adolescents and Adults. *The American Journal of Clinical Nutrition* 1999; 18(2):171–178.

30.Sevindi T, Yılmaz G, İbis S, Yılmaz B. “Gazi Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Beslenme ve Kahvaltı Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi”. 2007. TSA. 11;s.3.

31.Sağlam F, Yürükçü S. “Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yüksekokul Öğrencilerinin Besin Tüketim Durumu, Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin Saptanması”. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 1996; 5(2): 16-23.

32.İşıksoluğu MK. *Beslenmede Kahve, Çay, Flavonoidler ve Sağlık*. Damla Matbaacılık. 1.Basım. Ankara-2001. 152 s.

33.Şahin H ve Özdemir F. Yeşil Çayın Sağlık Üzerine Etkisi. Türkiye 9. Gıda Kongresi; 24-26 Mayıs 2006, Bolu 2006.

34.Williams P. Breakfast and the Diets of Australian Adults: An Analysis of Data from the 1995 National Nutrition Survey. *International Journal of Food Sciences and Nutrition* 2005; 56(1): 65–79.012.

TRABZON'DA BİR SAĞLIK YÜKSEKOKULUNDA OKUYAN ÖĞRENCİLERE KLİNİK UYGULAMALARDA ÖĞRETİM ELEMANLARININ UYGULADIĞI ETİK İLKE İHLALLERİ

Cansu ÜNSAL¹, Gülsüm ÖCAL¹, Merve DEMİRAL¹, Goncağül ALSAN¹
Havva KARADENİZ MUMCU²

ÖZET

Bu araştırma, klinik uygulamalarda öğretim elemanlarının öğrencilere uyguladığı etik ilke ihlallerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma Ocak 2010'da bir sağlık yüksekokulundaki 403 öğrenciden 350'sine(%86.8) ulaşılarak yürütülmüştür. Veriler anket formu ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Öğretim elemanları tarafından öğrencilere en sık uygulanan saygı ilkesi ihlali "hocam beni hasta önünde hastam ile ilgili sorguladı"(%60.3), yarar ilkesi ihlali "hocam klinik ortamda bana yansıyan aksaklıklara karşı birşey yapmadı: 'idare et' anlayışı ile davrandı"(%39.4), zarar ilkesi ihlali "hocam stresimi tanımadı"(%42.6) ve adalet ilkesi ihlali "hocam değerlendirmede eşit davranmadı"(%50.9) olarak belirlenmiştir.

Öğrencilere en sık uygulanan etik ilke ihlallerinin sırasıyla; saygı, yarar, zarar ve adalet ilkesi ihlalleri olduğu saptanmıştır. Uygulanan etik ilke ihlalleri, öğrencilerin hem bir birey hem de aday hemşireler olarak kendilerini değersiz hissetmesine yol açacaktır.

Anahtar Kelimeler: Klinik, Öğrenci, Etik İlke İhlali.

*Bu araştırma, 01-03 Nisan 2011 tarihinde, 9.Ulusal(Uluslararası katılımlı) Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu Öğrencisi

² Öğr. Gör. Karadeniz Teknik Üniversitesi SBF, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği AD.

İletişim/ Corresponding Author: Havva KARADENİZ MUMCU

Tel: : (0462) 3778867 **e-posta:** hkmumcu@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received : 04.02.2013

Kabul Tarihi / Accepted: 26.04.2013

ETHICS POLICY VIOLATIONS THAT ACADEMIC STAFF APPLIED TO THE STUDENTS AT A SCHOOL OF HEALTH IN TRABZON DURING CLINICAL APPLICATIONS

ABSTRACT

This research was carried out descriptively to determine violations of ethical principles employed by teaching staff towards students in clinical settings. The research was conducted with 350 students (86.8%) that could be reached out of 403 students from a medical school in January 2010. Data were collected by face to face interview with a questionnaire.

The most common violation of the principle of respect employed by faculty members towards students was; "my professor questioned me about my patient in front of the patient" (60.3%); violation of the principle of utility was "my professor did not do anything against disruptions reflecting to me in the clinical setting" and "advised me to tolerate them" (39.4%); violation of the principle of harm was "my professor did not recognize my stress" (42.6%); and violation of the principle of justice was; "my professor was not fair in evaluation" (50.9%).

The most common violations of ethical principles were found to be as respect, benefit, harm and justice respectively. Applied ethics policy violations will lead students to feel themselves worthless both as individuals and nurses.

Key Words: Clinical, Student, Violation of Ethical Principles.

GİRİŞ

Ülkemizde üniversite kapsamında eğitim veren hemşirelik okullarında eğitim öğretim etiği açısından etik değerlerin belirlenmesi, bu değerlerin hak ve sorumluluk açısından ifade edilmesi, çağdaş eğitim ilkeleri açısından bir gerekliliktir.

Ülkemizde üniversite öğrencisi olma nedeniyle kazanılmış eğitim haklarının yanı sıra, hemşirelik öğrencisi olma nedeniyle kazanılmış özel hakların tanımlanarak belirtildiği henüz yazılı bir kaynak bulunmamaktadır.

Ülkemizdeki hemşirelik okullarının ve çeşitli üniversitelerin web sitelerinden 2006-2007 eğitim öğretim yılında internet aracılığıyla elde verilere göre önemli öğrenci hemşire hakları; bireysel ve profesyonel gelişimini tamamlama, disiplinler arası uygulamalara katılma, iyi donanımlı eğitmenlerle uygulama yapma, hemşirelik eğitimi ve uygulamaları arasında iyi bir bağ oluşturup başarılı geleceğe sahip olma, akademik çalışmalara ve öğrenci değişim programlarına katılma, profesyonel mesleki gelişmeleri gerçekleştirebilmek için organizasyon düzenleme, mezuniyet sonrası eğitime katılabilme, öğrenci kuruluşlarına üye olma ve yönetime katılımı sağlayan uygulamalarda bulunma, destek ve teşvik edici ortamda öğrenme, düşüncelerini özgürce açıklama, basılı yayın yapma ve bilgiyi yayma, kendine ait bilgilerin açıklanmasından korunma, ayrımcılığın olmadığı ortamda eğitim alma olarak belirlenmiştir (1).

Öğrenci okula kayıt yaptırdığında üniversite ile arasında karşılıklı bir kontrat yapılmış olur. Öğrenci bir yandan öğrenci olarak bu haklara sahipken diğer yandan da birey olarak özel haklara sahiptir. Bu haklar göz önüne alındığında öğrencinin okula geldiği anda bilgilendirilmesi, yönlendirilmesi ve rehberliği gerekir. Klinik öğretim ile ilişkili olarak öğrenci haklarını ele alırsak, öğrencinin her bir klinik öğretim için yazılı olarak kendisinden neler beklendiği, hangi düzeyde beklendiği konusunda yazılı olarak bilgilendirilmelidir. Seçilen klinik ortamın, denetim, bilgilendirme, araç gereç açısından öğrencinin klinik öncesi öğrendiği uygulamaları yapmasına olanak vermelidir (2).

Klinik öğretim, hemşirelik eğitiminin bütünleyici ve en önemli parçalarından birisidir. Klinik deneyim öğrencilerin bilgilerini gerçek ortamda kullanmasını, psikomotor becerilerinin gelişmesini ve mesleki sosyalizasyonunu sağlar. Bununla birlikte yapılan çalışmalar, klinik uygulamaların öğrenciler için stres oluşturması, kısa süreli olması, beceri odaklı olması, klinik ortamın öğrenme hedeflerini karşılamaması, rol modeli görmekteki sorunlar ve iş merkezli çalışmalar nedeniyle tam olarak istendik şekilde uygulanamadığını göstermektedir (3).

Özellikle deneyimsiz ve yetişmemiş öğretim elemanlarının öğrenciye belli bir deneyimi kazandırma endişesi yaşamaları nedeniyle farkında olmadan klinik öğretimde öğrenci hakları ve etik ilke ihlalleri yaptığı bilinmektedir. Theis 204 son sınıf öğrencisinin, klinik uygulamalarda saygı, yarar ve hakkaniyet ilkeleri ile ilgili olarak 216 ihlal sıraladığını belirtmiştir (2).

Bu araştırma, bir sağlık yüksekokulunda okuyan öğrencilere klinik uygulamalarda öğretim elemanlarının uyguladığı etik ilke ihlallerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL ve METOT

Araştırma, bir sağlık yüksekokulunda Ocak 2010'da tanımlayıcı olarak yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, ebelik ve hemşirelik bölümü 2. 3. ve 4. sınıf öğrencileri (403) oluşturmuştur. Halen klinik uygulamaya çıkmamış olan ebelik ve hemşirelik bölümü 1. sınıf öğrencileri çalışma dışında bırakılmıştır. Örneklem yapılmadan tüm öğrencilere ulaşılması hedeflenmiştir. Veriler anket formu ile toplanmıştır. Anket formu, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır. Anket formunda, 14'ü saygı, 10'u zarar vermeme, 9'u yarar sağlama, 6'sı adalet ilkesi ihlali ile ilgili olmak üzere 39 kapalı uçlu(checklist) soru, 4'ü sosyo-demografik özelliklere ilişkin olmak üzere toplam 43 soru yer almıştır. Anket uygulanmadan önce öğrencilere araştırma hakkında kısaca bilgi verilmiş ve sözel onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmak istemeyen ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde devamsızlığını kullanan öğrencilerin(53) olması nedeniyle evrenin %86.8'ine(350 öğrenci) ulaşılmıştır. Anket formları gözlem altında öğrenciler tarafından doldurulmuştur. Uygulanan etik ilke ihlalleri ile ilgili yalnızca öğrenci görüşlerinin alınmış olması araştırmanın bir sınırlılığı olarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde bilgisayar(SPSS15.0) paket programı kullanılmıştır. Bulgular, tanımlayıcı istatistik olarak sayı, ortalama ve yüzdeliklerle sunulmuştur.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.96 ± 1.35 , %63.7'si hemşirelik bölümü, %42.3'ü 2. sınıf, %30.9'u 3.sınıf, %26.9'u 4. sınıf öğrencileridir.

Araştırmaya katılan öğrenciler kendilerine öğretim elemanları tarafından en sık uygulanan saygı ilkesi ihlalinin "hasta önünde sorgulanma"(%60.3) olduğunu ifade etmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırma Grubundaki Öğrencilere Uygulanan Saygı İlkesi İhlalleri (N=350)

Saygı ilkesi ihlalleri	Sayı	%*
Hocam hasta önünde beni sorguladı.	211	60.3
Hocam benimle kinayeli konuştu.	118	33.7
Hocam bana karşı otorite kullandı.	89	25.4
Hocam beni hekim, hemşire, hasta yakını önünde sorguladı.	87	24.9
Hocam hekim, hemşire, hasta beni azarladığında yanımda olmadı.	44	12.6
Hocam bana kaba davrandı.	42	12.0
Hocam beni rencide etti.	40	11.4
Hocam hekim, hemşire, hasta yakını önünde azarladı.	33	9.4
Hocam hatalarımı affetmedi.	28	8.0
Hocam beni aşağıladı.	26	7.4
Hocam bana karşı dürüst olmadı.	25	7.1
Hocam bana verdiği sözü tutmadı.	24	6.9
Hocam özel bilgilerimi başkalarıyla paylaştı.	8	2.3
Hiçbirini yaşamadım.	80	22.9

* Bir kişi birden çok cevap işaretlemiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %33.7'si öğretim elemanlarının kendilerine ikinci sıklıkta uyguladıkları saygı ilkesi ihlalinin “kinayeli konuşma” olduğunu belirtmiştir. Sabancıoğulları ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin üçte biri öğretim elemanlarının kendileriyle etkili ve yargılayıcı olmayan bir iletişim kurmalarını istediklerini belirtmiştir (4). Tan'ın çalışmasında öğrencilerin %14.3'ü öğretim elemanları ile kopukluk yaşadıklarını ifade etmiştir. Aynı çalışmada öğrencilerin %52.6'sı öğretim elemanlarından kendilerine saygılı davranmalarını beklediklerini belirtmiştir (5). Çınar ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin %28.8'i kendilerine değer verilmemesi ve önemsenmemesini, hemşirelik eğitiminde bulunan eksiklikler olarak ifade etmiştir. Aynı çalışmada öğrencilerin %28.6'sı kendileriyle etkili ve yargılayıcı olmayan iletişim kurulmasını önermiştir. Khorshid ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin öğretim elemanlarından anlayış ve hoşgörü beklediği, kendilerine saygı gösterilmesini, ilkökul öğrencisi gibi davranılmamasını, hatalarının olumlu karşılanmasını ve kendilerine güven duyulmasını istediği ve öğretim elemanlarıyla ilişkilerinin yetersiz olduğunu belirtmiştir (6). Büyükyörük ve arkadaşlarının

çalışmasında öğrencilerin %83.1'i öğretim elemanlarının öğrencilerde güven artırmaya yönelik girişimlerde bulunmadığını ifade etmiştir (7).

Araştırmaya katılan öğrencilere en sık uygulanan yarar ilkesi ihlalinin, klinik ortamda öğrencilere yansıyan aksaklıklara karşı öğretim elemanlarının bir şey yapmaması ve 'idare et' anlayışıyla sorunlara yaklaşması(%39.4) olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırma Grubundaki Öğrencilere Uygulanan Yarar İlkesi İhlalleri (N=350)

Yarar ilkesi ihlalleri	Sayı	%*
Hocam 'idare et' anlayışı ile davrandı.	138	39.4
Hocam beni niteliği yetersiz hemşire ile çalıştırdı.	123	35.1
Hocam yetersiz klinik denetim ve rehberlik yaptı.	98	28.0
Hocam etkili olmayan eğitim yaptı.	83	23.7
Hocam klinik ortam seçimini belli kriterler doğrultusunda yapmadı.	69	19.7
Hocam yetersiz.	64	18.2
Hocam benimle olması gereken zamanı başka işler için kullandı.	52	14.9
Hocam klinikte beklenen davranışları bana bildirmede.	47	13.4
Hiçbirini yaşamadım.	101	28.9

* Bir kişi birden çok cevap işaretlemiştir.

Öğretim elemanları tarafından öğrencilere ikinci sıklıkta uygulanan yarar ilkesi ihlalinin, öğrencileri niteliği yetersiz hemşire ile çalıştırma(%35.1) olduğu belirlenmiştir. Klinik uygulamalarda, kliniklerde çalışan personel de öğrencilerin güçlük yaşamasına neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının kendi alanlarındaki otonomi derecesi, öğrencilerle kurdukları ilişki, onlara bakış açıları öğrencilerin güçlük yaşamasına neden olmaktadır. Fadıllıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamada hemşire ve diğer sağlık ekibi elemanlarından anlayış ve hoşgörü görmemelerinden rahatsız olduğu bulunmuştur. Bektaş'ın çalışmasında sağlık personelinin olumlu davranması öğrencilerin öğrenimini olumlu etkilediği bulunmuştur. Kuzu'nun çalışmasında da öğrencilerin ekip ve çalışma ortamından kaynaklanan sorunların klinik uygulamalarda güçlük yaşamalarına neden olduğu belirtilmiştir (8).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %28.0'ı öğretim elemanlarının yetersiz denetim ve rehberlik yaparak yarar ilkesi ihlali uyguladıklarını ifade etmiştir. Karaöz'ün çalışmasında öğrencilerin %23.8'i her serviste bir öğretim elemanı olması, daha iyi gözlem, destek, değerlendirme ve denetlenme sağlanması gerektiğini ifade etmişti (9).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %23.7'si öğretim elemanlarının etkili olmayan eğitim yaptığını düşündüğü belirlenmiştir. Eğitimcinin, kuramsal bilgi ve uygulama becerilerinin yeterli olması, konusunda uzman ve öğretmeye istekli olması, öğretim sanatını bilmesi, klinik ortamı ve hastaları tanınması, mesleki yeterliliği, esnek, ulaşılabilir, güvenilir ve samimi olması gibi kişilik özellikleri öğretim ortamını etkilemektedir. Ayrıca, eğitimcinin öğrencilere öz güven kazandırması ve uygun rol modeli olması, etkin iletişim tekniklerini kullanması, amaçlara uygun klinik ortamı seçmesi, öğrenci için danışman olması, öğrencileri uygun kaynaklara yönlendirmesi gereklidir (8).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %19.7'si öğretim elemanlarının klinik ortam seçimini belli kriterler doğrultusunda yapmadığını ifade etmiştir. Hemşirelik eğitiminde önemli bir yere sahip uygulama alanları, öğrencilere öğrendiklerini uygulama, kendilerini geleceğe hazırlayan rollerle ilgili modeller görme ve var olan sistemin işleyişini gözleme olanağı verirler. Uygulama alanları, öğrenciye kazandırılması hedeflenen davranışlar dikkate alınarak seçilmediği ya da düzenlenmediği zaman öğrencilerin okulda verilen bilgileri uygulama alanlarında davranışa dönüştüremedikleri gözlenmektedir (9). Keser ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin %10.5'i uygulama alanlarında öğrenci sayısına oranla vaka sayısının yeterli olmadığını belirtmiştir. Aynı çalışmada öğrencilerin %13.8'i uygulama alanlarının gereksinimlerine cevap vermediğini ifade etmiştir (6).

Klinik eğitim planlanırken, uygulama alanlarının eğitim açısından uygunluğu, eğitmen ve öğrencilerin sayı nitelikleri değerlendirilmelidir (9). Öğrencilerin klinik uygulamalarında yaşadıkları güçlükler; klinik ortam koşullarının öğrenme fırsatları için yeterli olmaması, öğretim elemanlarından kaynaklanan güçlükler ve öğretim elemanlarının iyi bir rol modeli olmamaları olarak belirtilmektedir (10). Karagöz'ün çalışmasında klinik uygulamanın daha etkin yürütülebilmesi için öğrencilerin %14.9'u daha fazla işlem yapabilecekleri servislerin seçilmesini önermişlerdir. Aynı çalışmada öğrencilerin %22.3'ü rotasyon yapılmasını, %14.3'ü bir servise daha az öğrenci verilmesini önermişlerdir (9). Çınar ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin %20.0'ı uygulama alanlarının yetersizliğini sorun olarak bildirmiştir (6). Tortumluoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin %79.9'u

klinalerde dışlandıklarını, %74.4'ü kendilerine hoşgörü ve sabır gösterilmediğini, %81.1'i klinik çalışanları ile işbirliği sağlanamadığını sorun olarak belirtmiştir (11).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %18.2'si öğretim elemanlarının nitelik bakımından yetersiz olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Klinik eğitimde, öğrencilerin kendilerine örnek alabilecekleri rol modellerine gereksinimleri vardır. Çınar ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin %17.0'ı öğretim elemanlarının ilgisizliği ve öğretim elemanlarının yeterli donanımda olmamasını sorun olarak ifade etmiştir. Bölükbaş'ın çalışmasında öğrencilerin %48.2'si öğretim elemanlarının bilimsel yeterliliğini "iyi", %34.5'i "orta", %7.2'si "kötü" olarak değerlendirmiştir. Aydın ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelik öğrencilerine sorulan "uygulama alanlarında hocalarınız bakım ve tedavi konusunda size rol model oluyorlar mı? sorusuna %41.8'i "hayır" yanıtı vermiştir (6). Klinikte çalışan hemşirelerin de, öğrenciye rol modeli olma ve öğrenme ortamının yaratılmasında önemli işlevleri vardır. Ancak, ülkemizde bu katkıları sağlayabilecek hemşirelerin sayısı azdır. Bu nedenle uygulama alanlarında eğitimcilerin öğrencilere rol modeli olmaları ve profesyonel hemşireliğin özelliklerini öğrenciye yansıtmaları gereklidir. Uygulama alanlarında rol modelinin çok olması ve rol modelleri ile uzun süre birlikte olma, olumlu davranış değişikliğinin gerçekleşmesinde önemlidir. Bu nedenle, tüm öğrencilere nitelikli eğitimcilerle uygulama yapma olanağı sağlanmalıdır (9). Aydın ve arkadaşlarının çalışmasında öğrenciler uygulama alanlarında öğretim elemanlarının bakım ve tedaviler konusunda kendilerine model olmadıklarını veya yetersiz rol model olduklarını(%41.1) ifade etmiştir (12). Tosun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise öğrenciler klinik uygulamalarda beklentilerini sırasıyla; öğretim elemanlarının kliniklerde yanlarında olmaları, uygulamalarda yardımcı olmaları ve teorik yönden desteklemeleri şeklinde belirtmiştir (4). Tortumluoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin %94.1'i klinik uygulamalarda öğretim elemanları ile birebir uygulama olanağına sahip olmadıklarını ifade etmiştir (11).

Araştırmaya katılan öğrenciler, öğretim elemanları tarafından kendilerine en sık uygulanan zarar ilkesi ihlalinin öğrenci stresini tanımama(%42.6) olduğunu belirtmiştir (Tablo 3).

Günümüzdeki öğretim anlayışı, öğrencinin özel bir öğrenme ortamında öğretim elemanı rehberliğinde eğitilmesi ilkesine temellendirilmiştir. Bu süreçte eğiticinin rolü, öğrencinin şimdiki ve gelecekteki eğitsel gereksinimlerinin farkına varmasına, zihinsel ve fiziksel yeteneklerini keşfetmesine ve gereksindiği bilgi tutum ve davranışları kazanmalarına yardımcı

olmaktadır. Buna göre eğitici, öğrencilerin duygusal durumlarını anlayabilmeli, öğrenmedeki zorlukları ortadan kaldırmalı, duygu-düşünce paylaşımını kolaylaştırmalı, kendisini de grubun öğrenen bir üyesi olarak kabul etmeli, kişisel sınırlılıklarının farkında olmalı ve bunlarla baş etmeye çalışmalıdır (13). Başkurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, öğrencilerin %93.8'i öğretim elemanlarının yaklaşımları nedeniyle anksiyete yaşadıklarını belirtmiştir (14).

Tablo 3. Araştırma Grubundaki Öğrencilere Uygulanan Zarar Vermeme İlkesi İhlalleri(N=350)

Zarar vermeme ilkesi ihlalleri	Sayı	%*
Hocam stresimi tanımadı.	149	42.6
Hocam arkadaşlarımla beni aynı şatlarda değerlendirmede.	108	30.9
Hocam 'iş bitirici' olarak kullanılmama izin verdi.	76	21.7
Hocam mesleki gelişimimi engelledi.	61	17.4
Hocam yetersiz denetim ve rehberlikle bana zarar verdi.	50	14.2
Hocam çalıştığım yeri sık sık değiştirdi.	44	12.6
Hocam yetersizliği öne çıkardı.	39	11.1
Hocam beni yetersiz duruma düşürdü.	28	8.0
Hocam hastamı sık sık değiştirdi.	24	6.9
Hiçbirini yaşamadım.	115	32.9

* Bir kişi birden çok cevap işaretlemiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %21.7'si, öğretim elemanlarının kendilerinin iş bitirici olarak kullanılmasına izin vererek zarar ilkesi ihlali uyguladığını ifade etmiştir. Tortumluoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da öğrencilerin %87.0'nın hasta bakımı dışında işlevlerde kullanıldıkları saptanmıştır (11).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %14.2'si öğretim elemanlarının yetersiz denetim ve rehberlik ile kendilerine zarar verdiğini ifade etmiştir. Ayverdi ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin %55.1'i eğitimcilerin birebir uygulama becerilerine katılmadığını, %50.3'ü öğrencilerin klinik becerilerini geliştirmesine katkıda bulunmadığını belirtmiştir. Aynı çalışmada öğrencilerin %53.6'sı klinik hemşirelerinin de kendilerini doğru uygulama yapma konusunda teşvik edici olmadığını ifade etmiştir (15). Tayaz ve arkadaşlarının çalışmasında öğrenciler, klinik uygulamalarda yaşadıkları sorunların %67'sinin hemşirelerden, %38.0'nın öğretim elemanlarından kaynaklandığını belirtmiştir (16). Tosun ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin %31.0'ı öğretim elemanlarının daha fazla öğrencilerin yanında

bulunmasını istedikleri bulunmuştur (3). Tülübaş ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin %21.6'sının öğretim elemanlarıyla, %73.9'unun hemşirelerle problem yaşadığı saptanmıştır. Öğrencilerin öğretim elemanları ile yaşadıkları problemler; sadece bakım planı ve teoriye önem vermeleri, öğrenciye destek olmamaları ve kendilerine yeterince vakit ayırmamaları olarak saptanmıştır (17). Tosun ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin beklentileri; öğretim elemanlarının kliniklerde yanlarında olmaları(%39.6) ve uygulamalarda kendilerine yardımcı olmaları(%37.0) olarak belirlenmiştir (3). Çınar ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin öğretim elemanlarından beklentileri, teorik bilgi ve uygulama becerisinde danışmanlık yapmaları(%36.4) ve kliniklerde yanlarında olmaları(%9.1) şeklinde belirlenmiştir (6).

Araştırmaya katılan öğrenciler en sık uygulanan adalet ilkesi ihlalinin öğretim elemanlarının kendilerine eşit davranmaması(%50.9) olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırma Grubundaki Öğrencilere Uygulanan Adalet İlkesi İhlalleri (N=350)

Adalet ilkesi ihlalleri	Sayı	%*
Hocam eşit davranmadı.	178	50.9
Hocam birini favori olarak gösterdi.	89	25.4
Hocam bana karşı önyargılı.	65	18.6
Hocam arkadaşlarımla eşit öğretim yaşantısı sağlamadı.	46	13.1
Hocam yetersiz hasta sorumluluğu ve görev verdi.	30	8.6
Hiçbirini yaşamadım.	126	36.0

* Bir kişi birden çok cevap işaretlemiştir.

Hemşire eğitimcilerin sorumluluklarından bazıları; öğrencinin kendini güvenli hissetmesi için yeterli bilişsel gücün kazandırılması, klinikte uygun öğrenme durumlarının yaratılması ve öğrencilerin bunlardan en üst düzeyde yararlanmalarının sağlanmasıdır (9). Aydın ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin %40.4'ü uygulama performanslarının hocaları tarafından yeterince değerlendirilmediğini ifade etmiştir (12). Tortumluoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin %75.1'i objektif değerlendirilme kriterlerinin olmamasından rahatsız olduklarını belirtmiştir (11). Çilingir ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin %74.9'u öğretim elemanlarından objektif değerlendirme yapmalarını istediği ve geri bildirim konusunda beklentileri olduğunu belirtmiştir (18). Çınar ve arkadaşlarının

çalışmasında da öğrencilerin %31.2'si öğretim elemanlarından adaletli olmalarını beklediklerini belirtmiştir (6).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Klinik uygulamalarda öğretim elemanlarının öğrencilere en sık uyguladığı etik ilke ihlalleri sırasıyla; saygı(%29.9), yarar(%27.1), zarar(%24.3) ve adalet ilkesi(%18.7) ihlalleri olarak belirlenmiştir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda, öğretim elemanları öğrencilere etik ilke ihlali uygulayıp uygulamadıkları konusunda kendilerini objektif bir bakışla değerlendirmelidirler. Uygulama alanlarından kaynaklanabilecek etik ilke ihlallerinin önlenmesi için ise, uygulama yapılması planlanan kliniklerin, uygulama öncesinde ilgili dersin hedeflerine uygun olup olmadığını yönünden dikkatle değerlendirmelidirler.

KAYNAKLAR

1.Özsoy M, Bayık Temel A, Akın Ö. Hemşire Öğrencilerin Hakları. 6. Ulusal(Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Öğrencileri Kongresi; 26-29 Haziran 2007. İstanbul. P 387

2.Abaan S. Eğitim Materyali Olarak Hasta Kullanımı. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, Sözel Bildiri, 10-12 Eylül 1997.Kıbrıs.

3.Tosun N, Oflaz F, Akyüz A, Kaya T, Yava A, Yıldız D Ve Ark. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin İntörn Eğitim Programından Beklentileri İle Program Sonunda Kazanım Ve Önerilerinin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2008;50:164-171.

4.Sabancıoğulları S, Doğan S, Kelleci M, Avcı D. Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin İnternlik Programına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. DEÜHY ED 2012;5(1):16-22.

5.Tan M. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Eğitim Sorunları Ve Öğretim Elemanlarından Beklentileri. 6. Ulusal(Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Öğrencileri Kongresi; 26-29 Haziran 2007. İstanbul. P 407

6.Çınar N, Altun İ, Köse D. Öğrenci Hemşirelere Göre Hemşirelik Eğitiminde Gözlenen Eksiklikler.2011.

http://akademikpersonel.kocaeli.edu.tr/ialtun/poster/ialtun30.06.2011_08.34.22poster.pdf

Erişim tarihi:26.01.2013

7.Büyükyörük N, Kuşçu Ç, Zincirci D, Ataş S. Burdur Sağlık Yüksekokulu 1. Sınıf Öğrencilerinin İlk Klinik Uygulamalarında Yaşadıkları Deneyimleri, Görüş Ve Düşünceleri.

8.Ulusal(Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Öğrencileri Kongresi; 26-29 Haziran 2007. İstanbul. P 135

8.Aytekin S, Gök Özer F, Taşcı Beydağ KD. Denizli Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Klinik Uygulamalarda Karşılaştıkları Güçlükler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(10):137-149.

9.Karaöz S. Hemşirelik Esasları Dersi Alan Öğrencilerin Klinik Uygulamaya İlişkin Değerlendirmeleri. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1997;1(1):23-30.

10.Partlak Günüşen, Üstün B. Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Eğitimde Verilen Geribildirime Yönelik Görüşleri. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15(3):197-204.

11.Tortumluoğlu G, Katar T, Selçuk E, Selver C, Avcı P. Ebelik Ve Hemşirelik Öğrencileri Gözüyle Klinik Uygulamaların Değerlendirilmesi. 6. Ulusal(Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Öğrencileri Kongresi; 26-29 Haziran 2007. İstanbul. P 326

12.Aydın MF, Argun MŞ. Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Hastane Uygulamalarından Beklentileri Ve Karşılaştıkları Sorunlar. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;1(4):209-213.

13.Karadağ G, Uçan Ö. Hemşirelik Eğitimi Ve Kalite. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006;1(3):42-51.

14.Başkurt E, Koçak M, Şimşek N, Eğlence R, Güven ŞD. Nevşehir Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Uygulamalı Derslerde Yaşadıkları Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi. 8. Ulusal(Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Öğrencileri Kongresi; 04-06 Haziran 2009. Ankara. P 057

15.Ayverdi D, Aksu S, Özyazıcıoğlu N, Aydınoglu N. Teorik Bilgilerin Klinikteki Uygulamalarda Kullanılması Sırasında Öğrencilerin Karşılaştıkları Problemler. 6. Ulusal(Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Öğrencileri Kongresi; 26-29 Haziran 2007. İstanbul. P 344

16.Tayaz E, Uyar B, Kabaoğlu T, Faydalı S, Şenol Çelik S. Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Klinik Uygulamada Yeterlilikleri, Yaşadıkları Sorunlar Ve Çözüm Önerileri. 8. Ulusal(Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Öğrencileri Kongresi; 04-06 Haziran 2009. Ankara. P 029

17.Tülübaş R, Karadağ M. Gazi Osman Paşa Üniversitesi Tokat Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Klinik Uygulama Sırasında Karşılaştıkları Problemlerin

Belirlenmesi. 6. Ulusal(Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Öğrencileri Kongresi; 26-29 Haziran 2007. İstanbul. P 237

18.Çilingir D, Akkaş Gürsoy A. Hemşirelik Ve Ebelik Öğrencilerinin Teorik Ve Uygulamalı Derslerde Öğretim Elemanlarından Beklentileri. 8. Ulusal(Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Öğrencileri Kongresi; 04-06 Haziran 2009. Ankara. P 046

BATIN AMELİYATINDAN 24-48 SAAT SONRA HASTALARIN AĞRI DÜZEYLERİ VE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ*

Sevim ÇELİK¹

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, batın ameliyatından 24-48 saat sonra hastaların ağrı düzeyleri ve ağrı yönetimi ile ilgili hemşirelik girişimlerini belirlemektir. Veriler; anket formu, sayısal ölçek ve görsel kıyaslama ölçeği ile toplanmış, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile değerlendirilmiştir. Hastaların görsel kıyaslama ölçeğine (5,93±1,77) ve sayısal ölçeğe (6,03±1,67) göre şiddetli ağrı deneyimledikleri belirlenmiştir. Hastaların yaşları, eğitim durumu ve ağrı kesici kullanma durumu ile her iki ölçek puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Hemşirelerin ağrılı hastada en sık ağrı kesici tedavisi (%96,7), yaşam bulguları takibi (%86,7), mobilizasyona yardım etme (%73,3) ve rahat ve sessiz ortam hazırlama (%60,0) girişimlerini uyguladıkları belirlenmiştir. Bu çalışma, batın ameliyatı sonrası hastaların erken dönemde şiddetli ağrı deneyimlediklerini ve hemşirelerin ilaç dışı yöntemleri kullanma sıklığının çok az olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Batın Ameliyatı, Ağrı, Hemşirelik Girişimi

PAIN LEVELS OF THE PATIENTS AFTER 24-48 HOURS FROM ABDOMINAL SURGERY AND APPLIED NURSING INTERVENTIONS

ABSTRACT

The purpose of this study was determined to pain levels of the patients after 24-48 hours from abdominal surgery and nursing interventions related to pain management. Data were collected by questionnaire, numerical scale and visual analog scale, and evaluated with Mann-Whitney U and Kruskal Wallis tests. It was determined that the patients were experienced severe pain according to visual analogue scale (5,93±1,77) and numerical scale (6,03±1,67). It was found significant differences between two scale scores and painkillers use, education and ages of the patients. It was found that nurses were the most common applied painkillers treatment (96,7%), monitoring of vital signs (86,7%), helping mobilization (73,3%), preparing a comfortable and quiet environment (60,0%) in patient with pain. This study was showed that the patients were experienced severe pain the early period after abdominal surgery and that frequency of non- pharmacological methods of nurses was very few.

Key Words: Abdominal surgery, Pain, Nursing Intervention

*Bu çalışma 18.Ulusal Cerrahi Kongresi, 23-27 Mayıs 2012, İzmir'de poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Doç.Dr., Bülent Ecevit Üniversitesi

İletişim/Corresponding Author: Sevim ÇELİK

Tel: +903722613349 **e-posta:** sevimakcel@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received: 06.12.2012

Kabul Tarihi / Accepted: 03.05.2013

GİRİŞ

İnsanlık tarihi kadar eski ve bireyin yaşam kalitesini etkileyen bir deneyim olan ağrı, günümüz sağlık bilim ve teknolojisindeki ilerlemelere karşın hastaları yardım almaya yönelten en önemli semptomların başında gelmektedir (1-3).

Bireyin çevresi, cinsiyeti, kültürü, eğitimi, kişisel özellikleri, yaşı, geçmiş deneyimleri ve ağrıya verdikleri anlam gibi pek çok duruma göre değişen ağrı algısının, günümüze kadar birçok tanımlaması yapılmıştır (3-5). Mc. Caffery ağrıyı; “Ağrı hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır” şeklinde tanımlayarak ağrının subjektif bir bulgu olduğunu öne sürmüştür. Uluslararası Ağrı Derneği 1979’da ağrıyı “var olan ya da olası doku hasarı ile ilişkili duygusal bir deneyim ve hoş olmayan bir his” olarak tanımlamıştır (3,6-7). Kabul gören en yaygın ağrı tanımını ise Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği Taksonomi Komitesi yapmıştır. Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği Taksonomi Komitesi ağrıyı “vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan gerçek ya da olası bir doku hasarıyla birlikte bulunan, insanın geçmiş deneyimleriyle ilgili hoş olmayan emosyonel, duyuşsal bir duyum ve davranış şeklidir” olarak tanımlamıştır (3,4,7,8-11).

Yaşam süresinde kazalar, akut ve kronik hastalıklar gibi pek çok faktörden kaynaklanabilen ağrının önemli nedenlerinden biri de cerrahi girişimlerdir (4,12). Cerrahi girişimler sonrası oluşan ağrı, bireyi fizyolojik ve psikolojik olarak olumsuz etkileyen, cerrahi travma sonrası doku yıkımıyla başlayan, giderek azalan ve doku iyileşmesiyle sonlanan akut bir ağrı deneyimidir. Ameliyat sonrası dönemde gözlenen ağrı; pnömoni, trombozis, ileus gibi komplikasyonların oluşmasında en önemli etkidir. Ayrıca etkisiz ağrı yönetimi, komplikasyonlara bağlı olarak hastanedeki kalış süresinde uzama, tedavi maliyetlerinde ve hastaneye tekrar kabul oranlarında artış gözlenmektedir (3-15). Yapılan son çalışmalarda ameliyat sonrası yaşanan ağrı yönetiminin yetersiz olduğu ve bu nedenle hastaların yaklaşık %50-80 oranında orta düzeyden şiddetliye doğru ağrı yaşadıkları bildirilmektedir (13,14,16). Bu nedenle ameliyat sonrası dönemde yaşam bulguları, aldığı çıkardığı sıvı izlemi, hematolojik parametreler gibi ağrının da yakından tanınması, izlenmesi ve farmakolojik yöntemlerin yanı sıra bilgi verme, dikkati başka yöne çekme, müzik dinletimi, masaj yapma, pozisyon değişimi gibi ilaç dışı yöntemlerin uygulanmaya hemen başlatılması cerrahi hastasının bakımında son derece önemlidir (5,7,15,17-20).

Ameliyat sonrası dönemde gerek bakım gerekse tedavi girişimlerini gerçekleştirmek üzere hastaları ile daha uzun süre birlikte olmaları nedeniyle hemşireler, ağrının kontrolünde

önemli role sahip ekip üyesidir (4,7). Bu nedenle onların ağrı konusunda bilgili ve deneyimli olmaları tedavinin başarısında vazgeçilmezdir (1,3,7,9,21). Ancak yapılan çalışma sonuçlarında, hemşirelerin ağrı konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadıkları bildirilmektedir (2,7,22).

Bu araştırma, genel cerrahi servislerinde yatan hastaların batın ameliyatından 24-48 saat sonra deneyimledikleri ağrı düzeylerini, ağrı düzeylerini etkileyen tanıtıcı özellikleri ve ağrı yönetimi ile ilgili hemşirelik girişimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Bu kesitsel nitelikte tanımlayıcı araştırma, Bülent Ecevit Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi'nde 05 Mart - 05 Mayıs 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Örneklem kapsamına; kanser nedeniyle majör mide, kolon ve rektum ameliyatı geçirmiş, araştırmaya katılmaya gönüllü, 18 yaş üzerinde, iletişim kurma problemi olmayan, bilinci açık, görme ve işitme kaybı olmayan, genel anestezi almış ve genel cerrahi servislerinde yatan 30 hasta alınmıştır.

Batın ameliyatları sonrası orta ve şiddetli ağrının 1-4 gün (ortalama 2,5 gün) olduğunu (7) ve ameliyat sonrası ilk 24-48 saat içinde hastalardaki ağrı düzeyinin en yüksek değerde bulunduğunu daha sonra giderek azaldığını (23) belirten literatür bilgileri doğrultusunda araştırmanın verileri, ameliyatının üzerinden 24-48 saat geçmiş hastalarda toplanmıştır. Hastalar ilk 24 saat yoğun bakım ünitelerinde gözlem altında tutulduklarından bu saat aralığında izlem yapılmamıştır. Ortalama 15 dakika süren yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Verileri toplarken, hasta tanıtım formu, görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ) ve sayısal ölçek (SÖ) kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanıtım formunda; hastaların ameliyat deneyimlerini, daha önce hangi ameliyatı geçirdiklerini, kronik hastalıklarını, operasyon öncesi bilgi durumlarını, operasyon süresini ve uygulanan hemşirelik girişimlerini değerlendiren sorular yer almaktadır. GKÖ, hastaların ağrı düzeylerini değerlendirmek amacıyla Price ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen bir skala olup, hastada ağrının şiddetini ölçmektedir. VAS 10 cm uzunluğunda vertikal veya horizontol hat üzerinde iki ucu farklı isimlendirilmiş bir skaladır (0=ağrı yok, 10=en şiddetli ağrı). Hastadan bu hat üzerinde hissettiği ağrı şiddetine karşılık gelen noktayı işaretlemesi istenir. İşaret konulan nokta ile hattın en düşük ucu (0=ağrı yok) arasındaki mesafe santimetre olarak ölçülmekte ve bulunan

sayısal değer hastanın ağrı şiddetini göstermektedir (19). GKÖ'nün ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir. SÖ, hastanın ağrısını sayılarla açıklamasını amaçlar. SÖ'de ağrı yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10-100) düzeyine kadar ulaşır. Hasta ağrısına uygun gelen sayıyı işaretler (10).

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizlerin yanı sıra Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Hastaların %56,7'sinin 68-87 yaş aralığında, %60'ının erkek, %96,7'sinin evli, %50'sinin ilkokul mezunu olduğu, %96,7'sinin ailesiyle yaşadığı, %30'unun sigara alışkanlığı olduğu, %53,3'ünün ağrı kesici kullandığı, %36,7'sinin kolon kanseri tanısı ile hastanede yattığı, %46,7'sinin kronik hastalığının olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %56,7'sinin daha önce bir ameliyat deneyimi olduğu, %70'inin şimdiki ameliyata ilişkin öncesi bilgi aldığı ve tamamının şimdiki ameliyat süresinin 3-5 saat olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Hastaların ağrı düzeylerinin ameliyattan $32,53\pm 7,51$ saat sonra tanımlandığı, GKÖ puanının $5,93\pm 1,77$ ve SÖ puanının da $6,03\pm 1,67$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Hastaların yaşları ($p=0,02$), eğitim durumları ($p=0,01$), sigara alışkanlığı ($p=0,04$) ve ağrı kesici kullanmaları ($p=0,00$) ile GKÖ'ye göre deneyimledikleri ağrı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışmada GKÖ'ye göre; daha sıklıkla 68-87 yaş grubundaki hastaların, okuryazar olmayanların, sigara alışkanlığı olanların ve ağrı kesici kullananların şiddetli ağrı deneyimledikleri belirlenmiştir. SÖ'ye göre de, hastaların yaşları ($p=0,02$), eğitim durumları ($p=0,01$), kronik hastalıklarının varlığı ($p=0,01$) ve ağrı kesici kullanmaları ile deneyimlenen ağrı şiddeti arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. SÖ'ye göre 68-87 yaş grubundakilerin, okuryazar olmayanların, ağrı kesici kullananların ve kronik hastalığı olanların ağrı düzeylerinin daha şiddetli olduğu görülmüştür. Hastaların diğer tanıtıcı özellikleri ile her iki ölçeğe göre deneyimledikleri ağrı şiddeti arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş (69,26 ±10,38)		
47-67	13	43,3
68-87	17	56,7
Cinsiyet		
Kadın	12	40,0
Erkek	18	60,0
Medeni Durum		
Bekar	1	3,3
Evli	29	96,7
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	11	36,7
İlkokul	15	50,0
Lise ve üzeri	4	13,3
Yaşadığı Kişiler		
Yalnız	1	3,3
Ailesiyle	29	96,7
Sigara alışkanlığı		
Yok	21	70,0
Var	9	30,0
Ağrı kesici kullanımı		
Evet	16	53,3
Hayır	14	46,7
Tanısı		
Mide kanseri	10	33,3
Kolon kanseri	11	36,7
Rektum kanseri	9	30,0
Kronik Hastalıkları		
Yok	14	46,7
Diyabetes Mellitus	11	36,6
Hipertansiyon	12	40,0
Bronşit	2	6,6
Ameliyat Deneyimi		
Var	17	56,7
Yok	13	43,3
Şimdiki Ameliyata İlişkin Öncesi Bilgi Alma		
Evet	21	70,0
Hayır	9	30,0
Şimdiki Ameliyatın Süresi		
3-5 saat	30	100,0

Tablo 2. Hastaların Batın Ameliyatı Sonrası Ağrı Durumları

	X ± SD
Ağrı Tanımlanan Saat	32,53±7,51
Görsel Kıyaslama Ölçeği Puanı	5,93±1,77
Sayısal Ölçek Puanı	6,03±1,67

Tablo 3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle Ağrı Şiddetlerinin Karşılaştırılması

Hastaları Tanıtıcı Özellikler		GKÖ Puanı	SÖ Puanı
		X±SD	X±SD
Yaş grubu	47-67	5,07±1,93	5,23±1,69
	68-87	6,58±1,37	6,64±1,41
		Z=-2,203 p=0,02	Z=-2,259 p=0,02
Cinsiyet	Kadın	5,66±1,87	5,75±1,76
	Erkek	6,11±1,74	6,22±1,62
		Z=-0,675 p=0,50	Z=-0,747 p=0,45
Eğitim durumu	Okuryazar değil	7,09±1,04	7,18±1,07
	İlkokul	5,46±1,76	5,53±1,64
	Lise ve üzeri	4,50±1,91	4,75±1,50
		KW=8,36 p=0,01	KW=8,97 p=0,01
Medeni durum	Bekar	6,00±0,00	6,00±0,00
	Evli	5,93±1,81	6,03±1,70
		Z=-0,062 p=0,95	Z=-0,12 p=0,95
Yaşadığı kişiler	Yalnız	6,00±0,00	6,00±0,00
	Ailesiyle	5,93±1,81	6,03±1,70
		Z=-0,061 p=0,95	Z=-0,120 p=0,90
Sigara alışkanlığı	Var	6,88±1,45	6,88±1,45
	Yok	5,52±1,77	5,66±1,65
		Z=-1,978 p=0,04	Z=-1,855 p=0,06
Kronik hastalık	Var	6,75±1,43	6,75±1,48
	Yok	5,00±1,70	5,21±1,52
		Z=-2,697 p=0,07	Z=-2,524 p=0,01
Ağrı kesici kullanımı	Var	7,00±1,03	7,06±1,06
	Yok	4,71±1,68	4,85±1,46
		Z=-3,536 p=0,00	Z=-3,559 p=0,00
Ameliyat deneyimi	Var	6,23±1,56	6,35±1,57
	Yok	5,53±2,02	5,61±1,75
		Z=-0,868 p=0,38	Z=-1,216 p=0,22
Bilgi verilme	Evet	5,71±1,82	5,80±1,66
	Hayır	6,44±1,66	6,55±1,66
		Z=-,987 p=0,32	Z=-1,174 p=0,24

Tablo 4 incelendiğinde; hemşirelerin genellikle (%50) yaptıkları uygulamaların ağrı değerlendirme ölçeğini kullanma (%40), ağrı yerini tespit etme (%53,3), ağrının sıklığını saptama (%43,3), uygun pozisyonu verme (%53,3), mobilizasyona yardım etme (%73,3), hasta için rahat ve sessiz bir ortamı hazırlama (%60), ilaçların ve tedavilerin yan etkilerini gözlemleme (%36,7) olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin her zaman (%100) gerçekleştirdikleri uygulamaların da yaşam bulgularını izleme (%86,7) ve hekim istemine göre tedaviyi uygulama (%96,7) olduğu saptanmıştır. Hemşireler tarafından çok sık (%75) yapılan uygulamaların ise dren sıvısını izleyip kontrol etme (%53,3), hastalık ve ilaç etkileri konusunda hastayı bilgilendirme olduğu (%30) görülmüştür. Aynı tabloda hemşirelerin; bazen (%25) ağrılı bölgeye sıcak-soğuk uygulama yaptığı (%53,3), masaj uyguladığı (%60), çeşitli uygulamalarla ağrıya odaklanmayı azalttığı (%40) ve gevşeme tekniklerini öğretip uygulattığı (%50) belirlenmiştir.

Hemşirelik uygulamaları ile her iki ölçeğe göre ağrının şiddeti arasındaki ilişki incelendiğinde; ağrı değerlendirme ölçeğini kullanma, yaşam bulgularını izleme, dren sıvısını izleme ve kontrol etme, ağrıya odaklanmayı azaltma, gevşeme tekniklerini öğretme ve uygulama, hasta için rahat ve sessiz bir ortam hazırlama, hastalık ve ilaç etkileri konusunda bilgi verme, ilaçların ve tedavilerin yan etkilerini gözlemleme uygulamalarının sıklığı arttıkça hastalardaki ağrı düzeyinin azaldığı bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer uygulamalar ile ağrı şiddeti arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 5).

Tablo 4. Hasta Bildirimlerine Göre Hemşirelerin Ağrıya Yönelik Uygulamalarının Sıklığı

Uygulamalar	%00		%25		%50		%75		%100	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ağrı değerlendirme ölçeği kullanma	-	-	12	40,0	12	40,0	6	20,0	-	-
Ağrının yerini tespit etme	-	-	8	26,7	16	53,3	6	20,0	-	-
Ağrının sıklığını saptama	-	-	10	33,3	13	43,3	7	23,3	-	-
Yaşam bulgularını izleme	-	-	-	-	-	-	4	13,3	26	86,7
Dren sıvısını izleme ve kontrol etme	1	3,3	-	-	3	10,0	16	53,3	10	33,3
Uygun pozisyon verme	-	-	8	26,7	16	53,3	4	13,3	2	6,7
Ağrılı bölgeye sıcak-soğuk uygulama yapma	5	16,7	16	53,3	7	23,3	2	6,7	-	-
Masaj uygulama	11	36,7	18	60,0	1	3,3	--	--	-	-
Çeşitli uygulamalarla ağrıya odaklanmayı azaltma	11	36,7	12	40,0	7	23,3	--	--	-	-
Mobilizasyona yardım etme	-	-	1	3,3	22	73,3	5	16,7	2	6,7
Gevşeme tekniklerini öğretme ve uygulatma	9	30,0	15	50,0	4	13,3	--	--	2	6,7
Hasta için rahat ve sessiz bir ortam hazırlama	1	3,3	2	6,7	18	60,0	5	16,7	4	13,3
Hekim istemine göre tedaviyi uygulama	-	-	-	-	1	3,3	--	--	29	96,7
Hastalık ve ilaç etkileri konusunda hastayı bilgilendirme	1	3,3	7	23,3	8	26,7	9	30,0	5	16,7
İlaçların ve tedavilerin yan etkilerini gözlemlenme	-	-	5	16,7	11	36,7	7	23,3	7	23,3

%00: hiç %25: bazen %50: genellikle %75: sık sık %100: her zaman

Tablo 5. Hemşirelik Uygulamalarının Sıklıkları İle Hastalarda Gözlenen Ağrı Düzeylerinin Karşılaştırılması

		%00	%25	%50	%75	%100	KW	p
Ağrı değerlendirme ölçeği kullanma	GKÖ Puanı	-	6,83±1,33	5,00±1,59	6,00±2,19	-	6,98	0,03
	SÖ Puanı	-	6,83±1,40	5,08±1,44	6,33±1,86	-	6,92	0,03
Ağrının yerini tespit etme	GKÖ Puanı	-	7,00±1,06	5,50±1,71	5,66±2,33	-	4,13	0,12
	SÖ Puanı	-	7,12±0,99	5,50±1,59	6,00±2,09	-	5,12	0,07
Ağrının sıklığını saptama	GKÖ Puanı	-	6,80±1,39	5,69±1,79	5,14±1,95	-	3,96	0,13
	SÖ Puanı	-	6,80±1,47	5,76±1,64	5,42±1,81	-	3,31	0,19
Yaşam bulgularını izleme	GKÖ Puanı	-	-	-	7,50±1,00	5,69±1,76	4,04	0,04
	SÖ Puanı	-	-	-	7,50±1,00	5,80±1,64	3,73	0,05
Dren sıvısını izleme ve kontrol etme	GKÖ Puanı	6,00	-	6,66±2,30	6,75±1,23	4,40±1,57	10,97	0,01
	SÖ Puanı	6,00	-	6,66±2,30	6,75±1,29	4,70±1,41	9,35	0,02
Uygun pozisyon verme	GKÖ Puanı	-	6,75±1,03	5,62±2,09	5,50±1,91	6,00	2,20	0,53
	SÖ Puanı	-	6,75±1,03	5,75±1,91	5,50±1,91	6,50±0,70	2,06	0,56
Ağrılı bölgeye sıcak-soğuk uygulama yapma	GKÖ Puanı	6,40±1,67	6,37±1,50	4,85±2,26	5,00±1,41	-	3,64	0,30
	SÖ Puanı	6,40±1,67	6,43±1,54	5,14±1,86	5,00±1,41	-	3,83	0,28
Masaj uygulama	GKÖ Puanı	6,18±1,40	5,77±2,04	6,00	-	-	0,15	0,92
	SÖ Puanı	6,18±1,47	5,94±1,86	6,00	-	-	0,07	0,96
Çeşitli uygulamalarla ağrıya odaklanmayı azaltma	GKÖ Puanı	6,90±1,37	5,00±2,00	6,00±1,15	-	-	6,37	0,04
	SÖ Puanı	6,90±1,44	5,16±1,74	6,14±1,21	-	-	6,11	0,04
Mobilizasyona yardım etme	GKÖ Puanı	-	8,00	6,09±1,68	4,80±2,28	6,00	3,43	0,32
	SÖ Puanı	-	8,00	6,13±1,61	5,00±2,00	6,50±0,70	3,75	0,33
Gevşeme tekniklerini öğretme ve uygulatma	GKÖ Puanı	7,11±1,45	5,86±1,59	3,50±1,00	-	6,00	11,50	0,009
	SÖ Puanı	7,11±1,53	5,93±1,43	3,75±0,50	-	6,50±0,70	11,05	0,01
Hasta için rahat ve sessiz bir ortam hazırlama	GKÖ Puanı	8,00	8,00	6,33±1,23	5,60±1,67	3,00±1,15	14,14	0,007
	SÖ Puanı	8,00	8,00	6,38±1,28	5,60±1,67	3,50±0,57	13,57	0,009
Hekim istemine göre tedaviyi uygulama	GKÖ Puanı	-	-	8,00	-	5,86±1,76	1,66	0,19
	SÖ Puanı	-	-	8,00	-	5,96±1,65	1,58	0,20
Hastalık ve ilaç etkileri konusunda hastayı bilgilendirme	GKÖ Puanı	6,00	6,28±1,79	7,00±1,51	6,00±1,00	3,60±1,67	10,25	0,03
	SÖ Puanı	7,00	6,28±1,79	7,12±1,45	5,88±1,05	4,00±1,22	11,18	0,02
İlaçların ve tedavilerin yan etkilerini gözlemlenme	GKÖ Puanı	-	7,60±0,89	6,54±1,57	5,42±0,97	4,28±1,79	12,24	0,006
	SÖ Puanı	-	7,60±0,89	6,54±1,63	5,42±0,97	4,71±1,60	10,99	0,01

TARTIŞMA

Hemşirenin ağrı kontrolündeki en önemli rolü; ağrının nedenlerini, özelliklerini, ağrı kontrolünü etkileyen faktörleri, ağrının değerlendirilmesini ve ağrı geçirme uygulamalarını bilerek hastayı rahatlatmak, iyileşme sürecine olumlu katkıda bulunmaktır (9).

Araştırmada, hastaların ameliyat sonrası dönemde görsel kıyaslama ölçeğine ve sayısal ölçeğe göre şiddetli ağrı deneyimledikleri belirlenmiştir. Sloman ve ark , Düzel , Idvall ve ark 'da çalışmalarında, benzer şekilde ameliyat sonrası dönemde hastaların çoğunluğunun orta ya da şiddetli düzeyde ağrı deneyimlediklerini bildirmişlerdir (11,24,25).

Araştırmada GKÖ ve SÖ'ye göre istatistiksel anlamlı şekilde yaş grubu ilerledikçe şiddetli ağrı deneyimleyen hastaların sıklığının arttığı ($p=0,02$), eğitim düzeyi yükseldikçe ise azaldığı ($p=0,01$) belirlenmiş, ağrı kesici kullananlarda ($p=0,00$) ağrı düzeyinin fazla olduğu saptanmıştır. Yaşlı gönüllüler üzerinde ağrı eşiği ile ilgili olarak yapılan araştırmaların bazıları algının değişmediğini, bazıları ise azaldığını veya arttığını göstermektedir. Ameliyat sonrası ağrıyı konu alan çalışmaların bazılarında yaş ile ağrı düzeyi arasında ilişki olmadığı bildirilirken, Büyükyılmaz ve Aştı 'nın yaptıkları çalışmada ise yetişkin bireylerin gençlere göre ağrı şiddetlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (6, 7,26,27). Eğitim durumu ile ağrı ilişkisini araştıran çalışmalarda da farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Özer ve Bölükbaş da en az ağrı tanımlayanların yükseköğretim mezunu hastalar olduğu, Tanrıverdi ve ark da, ağrı yaşayanların ilkokul ve daha düşük düzeyde eğitim düzeyine sahip olduklarını, Kırdemir ve Özorak ise eğitim düzeyi arttıkça ağrıyı ifade edenlerin arttığını belirtmişlerdir (7,27,28). Ağrı kesici kullananlarda ağrı düzeyinin yüksek olması da ağrıya toleransı az olan hastaların ağrılarını hafifletmek ya da gidermek için sıklıkla analjezik kullanımına başvurduklarını düşündürmüştür.

Araştırmada ayrıca, GKÖ'ye göre sigara kullananların ($p=0,04$), SÖ'ye göre de kronik hastalığa sahip olanların şiddetli ağrı deneyimledikleri bulunmuştur. Shi ve ark da çalışmalarında benzer şekilde sigara içme ile ağrı şiddeti arasında pozitif korelasyon olduğunu ifade etmişlerdir (29).

Araştırmada; erkeklerin, bekar olanların, yalnız yaşayanların daha sıklıkla şiddetli ağrı deneyimledikleri belirlenmiştir ($p>0,05$). Ağrı ve cinsiyet ilişkisinde, kültürel etmenlere bağlı olarak genellikle erkeklerin ağrıyı daha iyi tolere ettikleri, buna karşın kadınların ağrıya karşı toleranslarının daha az olduğu belirtilmektedir (30). Özer ve Bölükbaş, bu güncel araştırma bulgusuna uyumlu şekilde çalışmalarında erkeklerin, farklı olarak da evli olanların ameliyat

sonrası dönemde daha fazla ağrı deneyimlediklerini belirtmişlerdir (7). Kırdemir ve Özorak ise çalışmalarında, kadınlarda ağrı eşiğinin erkeklere göre düşük olduğunu bulmuşlardır (p=0,02) (27). Tanrıverdi ve ark da eşinden boşanmış ya da ayrı olarak yalnız yaşayanların ağrı deneyimleme sıklıklarının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (28).

Çalışmada, ameliyat deneyimi olanların, ameliyat hakkında bilgi verilmeyenlerin daha şiddetli ağrı deneyimledikleri belirlenmiştir (p>0,05). Özer ve Bölükbaş ile Kırdemir ve Özorak benzer olarak, geçmişte ameliyat deneyimi olan hastaların daha fazla ağrı tanımladıklarını, Büyükyılmaz ve Aştı ile Topçu ise farklı olarak geçmiş deneyimlerin ağrıya toleransta olumlu etki gösterdiğini; ilk 24 saat içinde ağrı tanımlayan hastaların en yüksek oranda olduğunu bildirmişlerdir (3,6,7,27). Ameliyat öncesi verilen eğitimin ağrı üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalarda, bu çalışma bulgusuna benzerlik ve farklılık gösteren sonuçlar bulunmuştur. Karayurt , ameliyat öncesi rutin eğitim verilen grupta ameliyat sonrası dönemde ağrının en yüksek düzeyde olduğunu; Çetinkaya ve Karabulut ise batın ameliyatı öncesinde eğitim verilen hastaların kaygı ve ağrı düzeylerinin azaldığı belirtmişlerdir (19,20).

Hastalardan alınan bilgilere göre, hemşirelerin hastaların ağrısını saptamak üzere istenilen düzeyde uygun girişimlerde bulunmadıkları belirlenmiştir. Literatürde postoperatif dönemde görülen ağrının varlığını, yerini, şiddetini, sıklığını belirlemek üzere ağrı değerlendirme ölçeklerinden ve fizyolojik parametrelerden yararlanmanın son derece önemli olduğu vurgulanmaktadır (3,9,10). Ayrıca, araştırmalarda ameliyat sonrası dönemde hemşirelerin hastalara müzik dinletmesinin, masaj ve soğuk uygulama yapılmasının, gevşeme egzersizleri yaptırılmasının hastaların deneyimledikleri ağrının şiddetinin azalmasında etkili olduğu belirtilmektedir (31-35). Bu çalışmada hemşirelerin önceki araştırma bulgularına benzer şekilde büyük çoğunluğunun ağrı azaltmada önemli olduğu kanıtlanan ağrı değerlendirme skalası kullanmadıkları, fizyolojik parametreleri yeterince değerlendirmedikleri, ağrıyı azaltacak uygun pozisyon almada hastaya yardım etmedikleri, gevşeme egzersizlerini uygulamadıkları, masaj ve soğuk-sıcak uygulama yapmadıkları saptanmıştır (2,4,12,20).

Araştırmada hastalara göre hemşirelerin ağrılarını azaltmak ya da gidermek için yaptıkları uygulamalar incelendiğinde; farmakolojik olmayan uygulamaları beklenen düzeyde gerçekleştirmedikleri saptanmıştır. Hemşirelerin tamamına yakınının (%96,7) ağrı gidermede hekim istemine göre ilaç uyguladıkları bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçlar, daha önce yapılan araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (2,4,16,17). Ayrıca, önceki

araştırmalardan farklı olarak hemşirelerin çoğunluğunun mobilizasyona yardım etme, rahat ve sessiz bir ortam hazırlama girişimlerini gerçekleştirdikleri görülmüştür. Bu sonuçlar, hemşirelerin ağrı gidermede öncelikle farmakolojik yöntemlere başvurduğunu düşündürmektedir. Topçu , hemşirelerin ağrıyı gidermede sıklıkla başvurdukları farmakolojik yöntemlerin yanında fiziksel, bilişsel ve davranışsal ağrı kontrol yöntemlerine başvurmalarının gerekliliğine dikkat çekmektedir (3).

Ağrıyı değerlendirme yöntemleri ve ağrı giderici uygulamalar ile hastaların ağrı alguları karşılaştırıldığında; farmakolojik olmayan yöntemlerin daha sık kullanıldığı hastalarda, istatistiksel anlamlı şekilde ağrı düzeyinin daha az olduğu belirlenmiştir. Hekim istemine göre ilaç uygulananlarda ise ağrı düzeyinde anlamlı bir azalma bulunmamıştır. Önceki çalışma bulgularında da, farmakolojik olmayan masaj uygulama, gevşeme egzersizlerini yaptırma, soğuk uygulama, müzik dinletme gibi yöntemlerin ağrı azaltmada etkili olduğu vurgulanmıştır (3,4,9,10,17,19,20,31-35).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonuçlarına göre; batin ameliyatından 24-48 saat sonra hastaların şiddetli ağrı deneyimledikleri; yaşın, eğitim durumunun ve ağrı kesici kullanım alışkanlığının algılanan ağrı düzeyinde anlamlı şekilde etkili olduğu; hemşirelerin ağrı yönetimi için daha sıklıkla hekim istemine göre ilaç tedavisine başvurdukları, ilaç dışı yöntemleri uygulama sıklıklarının çok az olduğu, ancak ilaç dışı yöntem uygulanan hastalarda ağrı düzeyinin anlamlı şekilde azaldığı söylenebilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Hemşirelere ağrı kontrolü konusunda eğitim verilmesi,
- ✓ Hemşireler arası eğitim farklılığının azaltılması için eğitim durumu standartlaştırılması,
- ✓ Ağrının tanınması için kliniklerde ağrı izlem ve tanılama formları kullanılması,
- ✓ Ameliyat sonrası ağrı tanılama sonucuna göre, bireyselleştirilmiş ve bütüncül hemşirelik bakımının ve tedavinin gerçekleştirilmesi, önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Eti F, Badır A. Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirilmesi Ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi Ve İnançları. Ağrı 2005;17(2):44-51.
2. Özer S, Akyürek B, Başbakkal Z. Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi, Davranış Ve Klinik Karar Verme Yeteneklerinin İncelenmesi. Ağrı 2006; 18(4):36-43.
3. Topçu S. Yüksek lisans Tezi; “Üst Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Hemşireler Tarafından Öğretilen Gevşeme Tekniklerinin Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi” Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç.Dr. Ümmü Yıldız Fındık.Edirne- 2008.
4. Ay F, Alpar ŞE. Postoperatif Ağrı Ve Hemşirelik Uygulamaları. Ağrı 2010; 22(1): 21-29.
5. Postoperatif ağrı tedavisi. (www.tard.org.tr,2011)
6. Büyükyılmaz F, Aştı T. Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(2):84-93.
7. Özer N, Bölükbaş N. Postoperatif Dönemdeki Hastaların Ağrıyla Tanımlamaları Ve Hemşirelerin Ağrılı Hastalara Yönelik Girişimlerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 4(1):7-16.
8. Aydın ON. Ağrı Ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 3(2):37-48
9. Çöçelli L, Bacaksız BD, Ovayolu N. Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. Gaziantep Tıp Dergisi 2008; 14:53-58
10. Aslan FE. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 6(1):9-16.
11. Idvall E, Hamrin E, Sjostrom B, Unosson M. Patient And Nurse Assessment Of Quality Of Care In Postoperative Pain Management. Qual Saf Healty Care 2002;11(4):327-334
12. Kuru T, Yeldan İ, Zengin A, Kostanoğlu A, Tekeoğlu A, Akbaba YA, Tarakçı D. Erişkinlerde Ağrı Ve Farklı Ağrı Tedavilerinin Prevelansı. Ağrı 2011; 23(1): 22-27.
13. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta S, Gan TJ. Postoperative Pain Experience: Results From A National Survey Suggest Postoperative Pain Continues To Be Undermanaged. Anesth Analg 2003; 97(2): 534-40.

14. Pöpping DM, Zahn PK, Van Aken HK, Dasch B, Boche R, Pogatzki-Zahn EM. Effectiveness And Safety Of Postoperative Pain Management: A Survey Of 18925 Consecutive Patients Between 1998 And 2006 (2nd Revision): A Database Analysis Prospectively Raised Data. *British Journal of Anaesthesia* 2008; 101(6): 832-40.

15. Ramsay MAE. Acute Postoperative Pain Management. *BUMC Proceedings* 2000; 13:244-247.

16. Yılmaz M, Gürler H. Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları: Hasta Görüşleri. *Ağrı* 2011; 23(2):71-79.

17. Bacaksız BD, Çoçelli LP, Ovayolu N, Özgür S. Hastaya Bakım Veren Sağlık Çalışanlarının Ağrı Kontrolünde Uyguladıkları Girişimlerin Değerlendirilmesi. *Ağrı Dergisi* 2008; 20(3): 26-36.

18. Carr E, Thomas VN, Wilson-Barnet J. Patient Experiences Of Anxiety, Depression And Acute Pain After Surgery: A Longitudinal Perspective. *Int J Nurs Stud* 2005; 42(5): 521-30.

19. Çetinkaya F, Karabulut N. Batın Ameliyatı Olacak Yetişkin Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Kaygı Ve Ağrı Düzeyine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010;13(2):20-26.

20. Karayurt Ö. Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete Ve Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998; 2(1):20-26.

21. Rundshagen I, Schnabel K, Standl T, Esch JS. Patients's Nurses' Assessments Of Postoperative Pain And Anxiety During Patient-Or Nurse-Controlled Analgesia. *British Journal of Anaesthesia* 1999; 82(3):374-8

22. Eti F, Badır A, Şelimen D. How Do Intensive Care Nurses Assess Patients' Pain?. *Nursing in Critical Care* 2003; 8(2):62-67.

23. Tür H. Uzmanlık Tezi,; "Koronar Arter Cerrahisi Sonrası Farklı Fentanil Uygulamalarının Ağrı Kontrolündeki Etkinliğinin Karşılaştırılması" Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç.Dr. Elif A. Akpek. Ankara, -2007.

24. Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y. Nurses' Assessment Of Pain In Surgical Patients. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 52(2): 125-132.

25. Düzel V. Yüksek lisans Tezi; “Hemşire Ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirilmelerinin Karşılaştırılması” Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Necdet Aytaç. Adana-2008.

26. Gagliese L, Jackson M, Ritvo P, Wowk A, Katz J. Age Is Not Impediment To Effective Use Of Patient Controlled Analgesia By Surgical Patients. *Anesthesiology* 2000; 93(3):601-610.

27. Kırdemir P, Özorak Ö. Postoperatif Ağrı Ve Analjezik İhtiyacı Preoperatif Dönemde Tahmin Edilebilir Mi? *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2011;31(4):951-9

28. Tanrıverdi G, Okanlı A, Çetin H, Özyazıcıoğlu N, Sezgin H, Özışık-Kararman H, Korkut M. Yaşlı Popülasyonunda Ağrı. *Geriatrı* 2009;12(4):190-7.

29. Shi Y, Weingarten TN, Mantilla CB, Hooten WM, Warner DO. Smoking And Pain: Pathophysiology And Clinical Implications. *Anesthesiology* 2010;113(4):977-92.

30. Çevik K, Zaybak A. Açık Kalp Ameliyatı Sonrasında Yapılan Egzersizlerin Ağrıya Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011; 14(4):54-59.

31. Good M, Ahn S. Korean And American Music Reduces Pain In Korean Women After Gynecologic Surgery. *Pain Manag Nurs* 2008;9(3):96-103.

32. Good M, Stanton-Hicks M, Grass JA, Anderson GC, Lai HL, Roykulcharoen V, Adler PA. Relaxation And Music To Reduce Postsurgical Pain. *J Adv Nurs* 2001;33(2):208-15.

33. Piotrowski MM, Paterson C, Mitchinson A, Kim HM, Kirsh M, Hinshaw DB. Massage As Adjuvant Therapy In The Management Of Acute Postoperative Pain: A Preliminary Study İn Men. *J Am Coll Surg* 2003;197(6):1037-46.

34. Engwall M, Dupplis GS. Music As A Nursing Intervention For Postoperative Pain: A Systematic Review. *J Perianesth Nurs*. 2009 Dec;24(6):370-83.

35. Mitchinson AR, Kim HM, Rosenberg JM, Geisser M, Kirsh M, Cikrit D, Hinshaw db. Acute Postoperative Pain Management Using Massage As An Adjuvant Therapy: A Randomized Trial. *Arch Surg*. 2007 Dec;142(12):1158-67.

KIRSAL KESİMDE YAŞAYAN KADINLARDA KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Mehtap TAN¹, Nuray DAYAPOĞLU², Zümrüt Akgün ŞAHİN³
Mehtap CÜRCANI⁴, Hatice POLAT⁵

ÖZET

Bu araştırma, kırsal kesimde yaşayan kadınların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma Erzurum il merkezine bağlı 5 ayrı köyde Temmuz 2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya 113 kadın katılmıştır. Araştırmanın verilerinin toplanmasında anket formu ve “Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelerle dağılımlar, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis Varyans analizi ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

Kadınların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi puan ortalaması 13.05±6.93 olarak bulunmuştur. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi toplam puanının (toplam puan 0–28 arasında değişmektedir) orta düzeyde olduğu görülmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi puan ortalaması ile yaş (P<0.05), eğitim durumu (P<0.001), sağlık güvencesinin varlığı (p<0.01), ailede kalp hastalığı bulunma durumu (P<0.01), kan basıncı değerleri (P<0.01) ve sigara kullanma durumu (P<0.05), arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Bu çalışma sonucunda; sağlık personelinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin kırsal kesimde yaşayan kadınlara kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri, önlenmesi ve yönetimi konularında sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmeti vermesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kardiyovasküler Hastalık, Risk Faktörleri, Bilgi Düzeyi, Hemşirelik

6-10 Ekim 2010 tarihlerinde Antalya-Side’de düzenlenen 12. Ulusal İç Hastalıkları Kongresinde HP49 numarasıyla poster olarak yayınlanmıştır.

¹Prof. Dr. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Yard.Doç.Dr. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

³Yrd.DoçDr. Kafkas Üniversitesi, Kars Sağlık Yüksekokulu

⁴Yrd.Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

⁵Araş.Gör. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

İletişim/ Corresponding Author: Nuray DAYAPOĞLU
Tel: 0442 2311454 **e-posta:**nuraydahayoglu@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 16.01.2013

Kabul Tarihi/Accepted : 07.05.2013

DETERMINING CARDIOVASCULAR DISEASE RISK FACTORS KNOWLEDGE LEVEL OF WOMEN LIVING IN RURAL AREA

ABSTRACT

The purpose of this study is to determine cardiovascular disease risk factors knowledge level of women living in rural area. This descriptive study was conducted within June 2010 in 5 different villages in city center of Erzurum. 113 women were included in the study. Questionnaire and Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level (CARRF-KL) scale were used to collect the data of the study. In the assessment of the data, percentage distributions, average, t test on independent groups, Kruskal Wallis Variance Analysis, Mann Whitney U test were used.

Cardiovascular disease risk factors knowledge level mean score of women was found to be 13.05 ± 6.93 . Total score (ranging between 0-28) of cardiovascular disease risk factors knowledge level was medium. There was a significant relationship between the cardiovascular disease risk factors knowledge level mean scores and age ($P < 0.05$), educational status ($P < 0.001$), existence of health insurance ($p < 0.01$), heart disease family history ($P < 0.01$), blood pressure values ($P < 0.01$) and smoking status ($P < 0.05$).

In consequence of this study, it is recommended for nurses, who are an important member of healthcare staff, to render health training and consulting service to women living in rural area regarding prevention and management of cardiovascular diseases risk factors.

Keywords: Cardiovascular Disease, Risk Factors, Knowledge Level, Nursing

GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) dünya çapında, mortalite ve morbiditenin majör nedeni olma yolunda gittikçe artan bir rol üstlenmekte ve en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir (1-3). Tüm dünyada ölümlerin en başta gelen nedeni olarak yaklaşık % 30'undan KVH sorumludur. 20. yüzyılın başlarında KVH tüm dünyadaki ölüm nedenlerinin %10'undan daha azını oluşturmaktayken bu oran zaman içinde giderek artmış ve 21. yüzyılın başından itibaren gelişmiş ülkelerdeki ölüm sebeplerinin %50'sinden, gelişmekte olan ülkelerdeki ölüm sebeplerinin %25'inden sorumlu hale gelmiştir (4). Türkiye' de bu konuda geniş çaplı bir prevalans araştırması olan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında 2000'li yıllarda koroner kalp hastalığının %8,1 oranlarına ulaştığı ve bilinen ölüm nedenleri arasında ilk sırayı aldığı belirtilmiştir (5).

Geleneksel olarak KVH' ın bir erkek hastalığı olduğu düşünülmekteyken son bulgular Kadınlardaki ölüm nedenleri arasında kalp hastalıklarının birinci sırada yer aldığını ve sanılanın aksine meme kanserinin ise ikinci sırada yer aldığını göstermektedir (6,7).

Kadınlarda KVH erkeklere kıyasla on yıl daha geç ortaya çıkmakla birlikte prognozu daha kötü ve mortalitesi daha yüksektir. Bu on yıllık gecikmenin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte endojen östrojenin doğurganlık dönemindeki koruyucu etkisine bağlanmaktadır (8,9). Kadınlarda miyokart infarktüsü (Mİ) sonrası ölüm ve tekrar enfarktüs geçirme oranları hem hastane içi dönemde hem de orta ve uzun vadede erkeklerden fazladır (8). Elli yaş öncesi dönemde de Mİ sonrası mortalite erkeklere göre 2 kat daha fazladır (10,11). Ayrıca, ileri yaş, diyabetin sık olması ve ek hastalık gibi durumların fazlalığı kadınlarda mortaliteyi artıran faktörlerdir (6). Kadınlarda prognozun genel olarak kötü olmasında kardiyovasküler olayların daha ileri yaşta ortaya çıkmasıyla birlikte semptomların atipik olması, geç başvuru, geç ve yetersiz tedavi gibi kadınlara özgü faktörlerin de rol oynaması olasıdır (8,10).

Kalp ve Damar Hastalıklarının en az %80 oranında konvansiyonel risk faktörlerine bağlı olarak geliştiği ve risk faktörlerinin azaltılması ile KVH'a bağlı morbidite ve mortalitenin %80-90 oranında azaltılabileceği bilinmektedir (12). Bu açıdan risk faktörlerine yönelik bilgi düzeyinin artırılması ve kontrol altına alınması tüm dünyada en öncelikli konulardan biridir (13). Kişilerin KVH hakkındaki bilgi eksiklikleri, farkındalıklarını ve tutumlarını da etkilemekte ve bu durum hastalığın kontrolü için en önemli engeli oluşturmaktadır (14).

Günümüzde kadınlarda sigara, hipertansiyon, dislipidemi, diyabet, obezite, sedanter yaşam, yüksek yağlı düşük posalı beslenme alışkanlığı KVH için majör risk faktörleri arasında sayılmaktadır (12,15). Kadınlarda KVH riskini azaltmada faydalanılan koruyucu öz bakım davranışlarından başarı sağlanabilmesi için öncelikle bu risk faktörlerinin anlaşılması gerekir. Sağlık profesyonellerinin ise kadınların KVH’ da risk faktörlerini ve riski azaltıcı davranışlardan ne kadarını bildiklerini saptaması gereklidir.

Bu araştırma, kırsal kesimde yaşayan kadınların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Bu Araştırma Erzurum il merkezine bağlı 5 ayrı köyde ikamet eden kadınların kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörleri bilgi düzeyini belirlemek amacıyla Temmuz 2010 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmaya 113 kadın katılmıştır. Araştırma yapılmadan önce bireylerden sözlü, sağlık il müdürlüğünden ise yazılı olarak izin alınmıştır.

Veri Toplama Araçları:

Araştırmanın verilerinin toplanmasında anket formu ve “Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD)” ölçeği kullanılmıştır (16).

Tanıtıcı Form: Literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan formda bireylerin yaş, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, ailede kalp hastalığı bulunma durumu, beden kitle indeksi, sigara kullanma durumu ve kan basınçlarının sorgulandığı sekiz soru bulunmaktadır (8-10, 14,15).

KARRİF-BD: Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörlerine ait bilgi düzeyini belirlemek için KARRİF-BD ölçeği kullanılmıştır. Ölçek Arıkan ve ark. (16) tarafından geliştirilmiş ve geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. KARRİF-BD ölçeği 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk dört maddesi KVH’ların özellikleri, korunabilirliği ve yaş faktörü ile ilgili iken, 15 maddesi risk faktörlerini (5, 6, 9-12, 14, 18-20, 23-25,27, 28. maddeler), dokuz maddesi de (7, 8, 13, 15, 16,17, 21, 22, 26. maddeler) risk davranışlarında değişimin sonucunu sorgulamaktadır. Ölçekte yer alan maddeler doğru veya yanlış olabilen tam bir cümle şeklinde katılımcılara sunulmakta ve katılımcıların bu ifadeleri “Evet”, “Hayır” veya “Bilmiyorum” şeklinde yanıtlamaları istenmekte ve her doğru yanıtta 1 puan verilmektedir. 22 soru düz, 6 soru (11, 12, 16, 17, 24, 26) ters yönde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en

yüksek toplam puan 28'dir. Puanlar yükseldikçe bilgi düzeyi artmaktadır. Arıkan ve ark. ölçeğin Cronbach alfa değerini 0.76 olarak bulmuşlardır. Bu çalışma için ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.88 olarak bulunmuştur.

Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik dağılımlar, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis Varyans analizi (KW), Mann-Whitney U (MWU) ve Kruskal Wallis Varyans analizi sonucunda anlamlı çıkan sonuçlarda anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için Bonferroni Düzeltme analizi testleri kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Kadınların KARRİF-BD ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; 13.05±6.93 olarak bulunmuştur (Tablo 1). KARRİF-BD toplam puanının (toplam puan 0–28 arasında değişmektedir) orta seviyelerde olduğu görülmektedir. Bulgular literatür ile uyumlu olup yapılan çalışmalarla kadınların KVH risk faktörlerine ilişkin bilgilerinin sınırlı olduğu tespit edilmiştir (17,18) Kişilerin KVH hakkındaki sınırlı bilgileri, farkındalıklarını ve tutumlarını da etkilemekte ve bu durum hastalığın kontrolü için en önemli engeli oluşturmaktadır.

Tablo 1. Kadınların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi(KARRİF-BD) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Alınabilecek alt ve üst değerler	Çalışmada işaretlenen alt ve üst değerler	X±SS
KARRİF-BD	0 - 28	0 - 24	13.05±6.93

Araştırmaya katılan kadınların ortalama yaşları 50.17 ± 15.00 olarak bulunmuştur. Kadınların % 33. 6'sının 60 ve üzeri yaş grubunda, %50. 4'ünün ilkökul mezunu, %86.7'sinin sağlık güvencesinin olduğu, %81.4'ünün ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Kadınların % 62. 8'inin ailesinde kalp hastalığı bulunmadığı, %73. 5'inin beden kitle indeksinin 25 ve üzerinde olduğu, % 63. 7' sinin kan basıncı değerlerinin 129-84 mm Hg ve altında olduğu, %73. 5'inin sigara kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Yaş, eğitim durumu, sağlık güvencesinin varlığı, ailede kalp hastalığı bulunma durumu, kan basıncı değerleri ve sigara kullanma durumu ile KARRİF-BD puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken kadınların meslek ve beden kitle indeksi ile KVH risk faktörleri bilgi düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=113)

Özellikler	Sayı	%	X±SD	KARRİF-BD Test ve p Değeri
Yaş				
30-39	35	31.0	15.57±5.91	*KW= 9.111
40-49	20	17.7	14.50±6.31	df=3
50-59	20	17.7	11.60±8.19	p<0.05
60 ve üzeri	38	33.6	10.73±6.69	
Eğitim				
Okuryazar değil	57	50.4	10.75±6.18	**t = -3.756
İlkokul	56	49.6	15.39±6.92	p<0.001
Meslek				
Ev hanımı	92	81.4	13.05±6.94	***MWU=948.500
Çiftçi	21	18.6	13.04±7.05	p>0.05
Sosyal Güvence				
Var	98	86.7	13.76±6.71	***MWU= 411.500
Yok	15	13.3	8.40±6.73	p<0.01
Ailede Kalp Hastalığı				
Bulunma Durumu				
Var	42	37.2	15.38±6.43	**t = 2.828
Yok	71	62.8	11.67±6.89	p<0.01
Beden Kitle İndeksi				
25 altı	30	26.5	11.90±8.40	**t = -1.063
25 ve üzeri	83	73.5	13.46±6.33	p>0.05
Kan Basıncı				
129-84 ve altı	72	63.7	14.52±7.00	*KW=12.73
130/139-85-89	14	12.4	12.57±6.09	df=2
140-90 ve üzeri	27	23.9	9.37±5.85	P<0.01
Sigara Kullanma Durumu				
Kullanıyor	30	26.5	15.23±6.32	**t = 2.037
Kullanmıyor	83	73.5	12.26±7.01	p<0.05

*Kruskall Wallis, **Bağımsız gruplarda t testi, ***Mann -Withney U

TARTIŞMA

Kadınların yaşları arttıkça KARRİF-BD puan ortalamalarının düştüğü görülmektedir. Kadınların yaş gruplarına göre kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2). Yapılan Bonferroni ileri analizi sonucunda bu farkın 60 ve üzeri yaş grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Scalzi ve arkadaşlarının (19) yaptıkları çalışmanın sonuçları bu çalışma sonucuyla uyumlu olup, yaşın risk farkındalığı için önemli bir belirleyici olduğunu ve genç hastalarda farkındalığın daha iyi olduğunu tespit etmişlerdir.

Hastaların eğitim durumuna göre KARRİF-BD puan ortalamaları incelendiğinde, ilkökul mezunu kadınların okuryazar olmayanlara göre bilgi düzeyi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$) (Tablo 2). Yapılan çalışma sonuçları bu çalışma sonucuyla uyumlu olup, eğitim seviyesi yükseldikçe KARRİF-BD puan ortalamalarının yükseldiği tespit edilmiştir (20-22).

Kadınların sosyal güvence durumuna göre KARRİF-BD puan ortalamaları incelendiğinde, sosyal güvencesi bulunan kadınların bulunmayanlara göre bilgi düzeyi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$) (Tablo 2). Kadınlarda sağlık güvencesinin bulunmayışı, kronik hastalıklarda öz yönetimi ve korunmayı içeren bakım hizmetlerinden yararlanmayı engellemektedir (23-24). Sağlık güvencesi olanlarda risk faktörleri bilgi düzeyinin yüksek bulunması sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabiliyor olmasından kaynaklanabilir.

Ailesinde kalp hastalığı bulunan kadınların KARRİF-BD puan ortalamalarının bulunmayanlara göre yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($P<0.001$), (Tablo 2). Araştırma sonucuyla uyumlu olarak Yazid ve arkadaşlarının (22), Jafary ve arkadaşlarının (25) çalışma sonuçlarında da ailesinde kalp hastalığı bulunan bireylerin bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu sonucu bir olasılıkla hastalığı yakın aile üyelerinde deneyimleyen kadınlarda, hastalık bilincinin oluşması ve dolayısıyla potansiyel risk faktörlerine karşı farkındalığın artması ile açıklayabiliriz.

Kadınların kan basınçlarına göre KARRİF-BD puan ortalamaları incelendiğinde kan basıncı değerleri düşük olan kadınların bilgi düzeyi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$) (Tablo 2). Yapılan Bonferroni ileri analizi sonucunda bu farkın 140 – 90 ve üzeri kan basıncı değerlerine sahip olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Tüm dünyada hipertansiyon konusunda

farkındalık, tedavi alma ve kontrol altına alınma oranları düşük seyretmekle birlikte, ülkeler arasında önemli farklılıklar mevcuttur (26). Ülkemizde hipertansiyon konusunda farkındalık ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmış olup yıllar içinde hipertansiyon konusunda farkındalık, tedavi alma ve kan basıncını kontrol altına alma oranlarında iyileşmeler görülmüştür (5).

Kadınların sigara içme durumuna göre KARRİF-BD puan ortalamaları incelendiğinde sigara kullanan kadınların bilgi düzeyi puan ortalamalarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 2). Bu sonuç bir olasılıkla ülkemizde sigara ile mücadelede yürütülen kampanyalarda sigara paketleri üzerindeki uyarı etiketleri faktörüyle açıklanabilir. Hammond ve arkadaşları (27) sigara uyarı etiketlerinin sigara içmenin riskleri hakkındaki bilgiye etkisini araştırdıkları çalışmalarında sigara uyarı etiketlerinin kullanıldığı ülkelerdeki sigara içicilerinin daha iyi sağlık bilgisine sahip olduklarını bildirmişlerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda;

Araştırma grubundaki kadınların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin orta seviyelerde olduğu bulunmuştur.

Kadınların yaşı, eğitim durumu, sağlık güvencesinin varlığı, ailesinde kalp hastalığı bulunma durumu, kan basıncı değerleri ve sigara kullanma durumunun kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyini etkilediği saptanmıştır. Kadınların meslek ve beden kitle indeksinin kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyini etkilemediği saptanmıştır.

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

Kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ve etkileyen faktörlere yönelik yapılan çalışma sayılarının artırılması ve elde edilen bulgular doğrultusunda bu faktörlerin kontrol altına alınması,

Kırsal kesimde yaşayan kadınlara birinci basamak sağlık kurumlarında kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri, önlenmesi ve yönetimi konularında sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,

Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve ortaya çıkışının geciktirilmesi için birinci basamak sağlık kuruluşlarında kardiyovasküler hastalık riski olan bireylerin saptanmasına yönelik taramaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Mitka M. Heart disease a global health threat. The Journal of the American Medical Association 2004; 291 (21): 2533.
2. Callow AD. Cardiovascular disease 2005- the global picture. Vasculer Pharmacology 2006; 45: 302-307.
3. Watkins H, Farrall M. Genetic susceptibility to coronary artery disease: from promise to progress. Nature Reviews Genetics 2006; 7: 163-172.
4. Mutangadura, Gladys B (ed.). Reducing risks, promoting healthy life World. Health Report 2002; Geneva, World Health Organization, 2002.
5. Onat A, Keleş İ, Çetinkaya A, Başar Ö. Yıldırım B, Erer B ve ark. On yıllık TEKHARF çalışması verilerine göre Türk erişkinlerinde koroner kökenli ölüm ve olayların prevalansı yüksek. Türk Kardiyol Derneği Araştırmaları 2001; 29: 8-19.
6. Rosenfeld JA. Heart disease in women: gender-specific statistics and prevention strategies for a population at risk. Postgraduate Medicine |2000; 107: 111-116.
7. Robertson MR. Women and cardiovascular disease: the risks of misperception and the need for action. Circulation 2001;103:2318-20
8. Shaw LJ, Bugiardini R, Merz CN. Women and ischemic heart disease: evolving knowledge. Journal of the American College of Cardiology 2009;54: 1561-75.
9. Engberding N, Wenger NK. Cardiovascular disease prevention tailored for women. Expert Review of Cardiovascular Therapy 2008; 6: 1123-34.
10. Vaccarino V, Parsons L, Every NR, Barron HV, Krumholz HM. Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction: National Registry of Myocardial Infarction 2 Participants. The New England Journal of Medicine 1999; 341: 217-25.
11. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics--2008. Circulation 2008; 117e25-e146.
12. Khot UN, Khot MB, Bajzer CT, Sapp SK, Ohman EM, Brener SJ, et al. Prevalance of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. . The Journal of the American Medical Association 2003; 290: 898-904.
13. Onat A. Risk factors and cardiovascular disease in Turkey. Atherosclerosis 2001; 156: 1-10.

14. Thanavaro JL, Moore SM, Anthony M, Narsavage G, Delicath T. Predictors of health promotion behavior in women without prior history of coronary heart disease. *Applied Nursing Research* 2006; 19: 149–55.

15. Çengel A. Kadınlarda kardiyovasküler risk faktörleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları* 2010; 38 Suppl 1; 17-24.

16. Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliği. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları* 2009; 37 (1): 35-40.

17. Mosca L, Ferris A, Fabunmi R, & Robertson R.M. Tracking women's awareness of heart disease: An American Heart Association national study. *Circulation* 2004; 109: 573–579.

18. Sandra Oliver – McNeil. Women's perceptions of personal cardiovascular risk and their risk-reducing behaviors. *American Journal of Critical Care* 2002; 11 (3): 221-227.

19. Scalzi LV, Ballou SP, Park JY, Redline S, Kirchner HL. Cardiovascular disease risk awareness in systemic lupus erythematosus patients. *Arthritis & Rheumatism* 2008; 58: 1458-64.

20. Thanavaro JL. Barriers to coronary heart disease risk modification in women without prior history of coronary heart disease. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2005;17: 487-93.

21. Frijling B, Hulscher ME, van Leest LA, et al. Multifaceted support to improve preventive cardiovascular care: a nationwide, controlled trial in general practice. *The British Journal of General Practice* .2003;53: 934-41.

22. Yazid N, Al Hamarneh, Grainne E, Crealey JC, McElnay. Coronary heart disease: health knowledge and behaviour. *International journal of clinical pharmacology and therapeutics* 2011; 33: 111–123.

23. Jerant AF, Friederichs-Fitzwater MM, Moore M. Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Education and Counseling* 2005; 57: 300-307.

24. Fiscella K, Franks P, Doescher MP, Saver BG. Do HMOs affect educational disparities in health care? *Annals of Family Medicine* 2003;1: 90-96.

25. FH, Aslam F, Mahmud H, Waheed A, Shakir M, Afzal A, et al. Cardiovascular health knowledge and behaviour in patient attendants at four tertiary care hospitals in Pakistan-a cause for concern. *BMC Public Health* 2005; 5: 124–32.

26. Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. *The Journal of the American Medical Association* 2003;290:199-206.

27. Hammond D, Fong GT, McNeill A, Borland R, Cummings KM. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the international tobacco control (ITC) four country survey. *Tobacco Control* 2006;15: iii19–25.

KIRSAL KESİMDE YAŞAYAN KADINLARDA KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Mehtap TAN¹, Nuray DAYAPOĞLU², Zümrüt Akgün ŞAHİN³
Mehtap CÜRCANI⁴, Hatice POLAT⁵

ÖZET

Bu araştırma, kırsal kesimde yaşayan kadınların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma Erzurum il merkezine bağlı 5 ayrı köyde Temmuz 2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya 113 kadın katılmıştır. Araştırmanın verilerinin toplanmasında anket formu ve “Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelerle dağılımlar, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis Varyans analizi ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

Kadınların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi puan ortalaması 13.05±6.93 olarak bulunmuştur. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi toplam puanının (toplam puan 0–28 arasında değişmektedir) orta düzeyde olduğu görülmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi puan ortalaması ile yaş (P<0.05), eğitim durumu (P<0.001), sağlık güvencesinin varlığı (p<0.01), ailede kalp hastalığı bulunma durumu (P<0.01), kan basıncı değerleri (P<0.01) ve sigara kullanma durumu (P<0.05), arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Bu çalışma sonucunda; sağlık personelinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin kırsal kesimde yaşayan kadınlara kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri, önlenmesi ve yönetimi konularında sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmeti vermesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kardiyovasküler Hastalık, Risk Faktörleri, Bilgi Düzeyi, Hemşirelik

6-10 Ekim 2010 tarihlerinde Antalya-Side’de düzenlenen 12. Ulusal İç Hastalıkları Kongresinde HP49 numarasıyla poster olarak yayınlanmıştır.

¹Prof. Dr. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Yard.Doç.Dr. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

³Yrd.DoçDr. Kafkas Üniversitesi, Kars Sağlık Yüksekokulu

⁴Yrd.Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

⁵Araş.Gör. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

İletişim/ Corresponding Author: Nuray DAYAPOĞLU
Tel: 0442 2311454 **e-posta:**nuraydahayoglu@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 16.01.2013

Kabul Tarihi/Accepted : 07.05.2013

DETERMINING CARDIOVASCULAR DISEASE RISK FACTORS KNOWLEDGE LEVEL OF WOMEN LIVING IN RURAL AREA

ABSTRACT

The purpose of this study is to determine cardiovascular disease risk factors knowledge level of women living in rural area. This descriptive study was conducted within June 2010 in 5 different villages in city center of Erzurum. 113 women were included in the study. Questionnaire and Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level (CARRF-KL) scale were used to collect the data of the study. In the assessment of the data, percentage distributions, average, t test on independent groups, Kruskal Wallis Variance Analysis, Mann Whitney U test were used.

Cardiovascular disease risk factors knowledge level mean score of women was found to be 13.05 ± 6.93 . Total score (ranging between 0-28) of cardiovascular disease risk factors knowledge level was medium. There was a significant relationship between the cardiovascular disease risk factors knowledge level mean scores and age ($P < 0.05$), educational status ($P < 0.001$), existence of health insurance ($p < 0.01$), heart disease family history ($P < 0.01$), blood pressure values ($P < 0.01$) and smoking status ($P < 0.05$).

In consequence of this study, it is recommended for nurses, who are an important member of healthcare staff, to render health training and consulting service to women living in rural area regarding prevention and management of cardiovascular diseases risk factors.

Keywords: Cardiovascular Disease, Risk Factors, Knowledge Level, Nursing

GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) dünya çapında, mortalite ve morbiditenin majör nedeni olma yolunda gittikçe artan bir rol üstlenmekte ve en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir (1-3). Tüm dünyada ölümlerin en başta gelen nedeni olarak yaklaşık % 30'undan KVH sorumludur. 20. yüzyılın başlarında KVH tüm dünyadaki ölüm nedenlerinin %10'undan daha azını oluşturmaktayken bu oran zaman içinde giderek artmış ve 21. yüzyılın başından itibaren gelişmiş ülkelerdeki ölüm sebeplerinin %50'sinden, gelişmekte olan ülkelerdeki ölüm sebeplerinin %25'inden sorumlu hale gelmiştir (4). Türkiye' de bu konuda geniş çaplı bir prevalans araştırması olan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında 2000'li yıllarda koroner kalp hastalığının %8,1 oranlarına ulaştığı ve bilinen ölüm nedenleri arasında ilk sırayı aldığı belirtilmiştir (5).

Geleneksel olarak KVH' ın bir erkek hastalığı olduğu düşünülmekteyken son bulgular Kadınlardaki ölüm nedenleri arasında kalp hastalıklarının birinci sırada yer aldığını ve sanılanın aksine meme kanserinin ise ikinci sırada yer aldığını göstermektedir (6,7).

Kadınlarda KVH erkeklere kıyasla on yıl daha geç ortaya çıkmakla birlikte prognozu daha kötü ve mortalitesi daha yüksektir. Bu on yıllık gecikmenin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte endojen östrojenin doğurganlık dönemindeki koruyucu etkisine bağlanmaktadır (8,9). Kadınlarda miyokart infarktüsü (Mİ) sonrası ölüm ve tekrar enfarktüs geçirme oranları hem hastane içi dönemde hem de orta ve uzun vadede erkeklerden fazladır (8). Elli yaş öncesi dönemde de Mİ sonrası mortalite erkeklere göre 2 kat daha fazladır (10,11). Ayrıca, ileri yaş, diyabetin sık olması ve ek hastalık gibi durumların fazlalığı kadınlarda mortaliteyi artıran faktörlerdir (6). Kadınlarda prognozun genel olarak kötü olmasında kardiyovasküler olayların daha ileri yaşta ortaya çıkmasıyla birlikte semptomların atipik olması, geç başvuru, geç ve yetersiz tedavi gibi kadınlara özgü faktörlerin de rol oynaması olasıdır (8,10).

Kalp ve Damar Hastalıklarının en az %80 oranında konvansiyonel risk faktörlerine bağlı olarak geliştiği ve risk faktörlerinin azaltılması ile KVH'a bağlı morbidite ve mortalitenin %80-90 oranında azaltılabileceği bilinmektedir (12). Bu açıdan risk faktörlerine yönelik bilgi düzeyinin artırılması ve kontrol altına alınması tüm dünyada en öncelikli konulardan biridir (13). Kişilerin KVH hakkındaki bilgi eksiklikleri, farkındalıklarını ve tutumlarını da etkilemekte ve bu durum hastalığın kontrolü için en önemli engeli oluşturmaktadır (14).

Günümüzde kadınlarda sigara, hipertansiyon, dislipidemi, diyabet, obezite, sedanter yaşam, yüksek yağlı düşük posalı beslenme alışkanlığı KVH için majör risk faktörleri arasında sayılmaktadır (12,15). Kadınlarda KVH riskini azaltmada faydalanılan koruyucu öz bakım davranışlarından başarı sağlanabilmesi için öncelikle bu risk faktörlerinin anlaşılması gerekir. Sağlık profesyonellerinin ise kadınların KVH’ da risk faktörlerini ve riski azaltıcı davranışlardan ne kadarını bildiklerini saptaması gereklidir.

Bu araştırma, kırsal kesimde yaşayan kadınların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Bu Araştırma Erzurum il merkezine bağlı 5 ayrı köyde ikamet eden kadınların kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörleri bilgi düzeyini belirlemek amacıyla Temmuz 2010 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmaya 113 kadın katılmıştır. Araştırma yapılmadan önce bireylerden sözlü, sağlık il müdürlüğünden ise yazılı olarak izin alınmıştır.

Veri Toplama Araçları:

Araştırmanın verilerinin toplanmasında anket formu ve “Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD)” ölçeği kullanılmıştır (16).

Tanıtıcı Form: Literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan formda bireylerin yaş, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, ailede kalp hastalığı bulunma durumu, beden kitle indeksi, sigara kullanma durumu ve kan basınçlarının sorgulandığı sekiz soru bulunmaktadır (8-10, 14,15).

KARRİF-BD: Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörlerine ait bilgi düzeyini belirlemek için KARRİF-BD ölçeği kullanılmıştır. Ölçek Arıkan ve ark. (16) tarafından geliştirilmiş ve geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. KARRİF-BD ölçeği 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk dört maddesi KVH’ların özellikleri, korunabilirliği ve yaş faktörü ile ilgili iken, 15 maddesi risk faktörlerini (5, 6, 9-12, 14, 18-20, 23-25,27, 28. maddeler), dokuz maddesi de (7, 8, 13, 15, 16,17, 21, 22, 26. maddeler) risk davranışlarında değişimin sonucunu sorgulamaktadır. Ölçekte yer alan maddeler doğru veya yanlış olabilen tam bir cümle şeklinde katılımcılara sunulmakta ve katılımcıların bu ifadeleri “Evet”, “Hayır” veya “Bilmiyorum” şeklinde yanıtlamaları istenmekte ve her doğru yanıtı 1 puan verilmektedir. 22 soru düz, 6 soru (11, 12, 16, 17, 24, 26) ters yönde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en

yüksek toplam puan 28'dir. Puanlar yükseldikçe bilgi düzeyi artmaktadır. Arıkan ve ark. ölçeğin Cronbach alfa değerini 0.76 olarak bulmuşlardır. Bu çalışma için ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.88 olarak bulunmuştur.

Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik dağılımlar, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis Varyans analizi (KW), Mann-Whitney U (MWU) ve Kruskal Wallis Varyans analizi sonucunda anlamlı çıkan sonuçlarda anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için Bonferroni Düzeltme analizi testleri kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Kadınların KARRİF-BD ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; 13.05±6.93 olarak bulunmuştur (Tablo 1). KARRİF-BD toplam puanının (toplam puan 0–28 arasında değişmektedir) orta seviyelerde olduğu görülmektedir. Bulgular literatür ile uyumlu olup yapılan çalışmalarla kadınların KVH risk faktörlerine ilişkin bilgilerinin sınırlı olduğu tespit edilmiştir (17,18) Kişilerin KVH hakkındaki sınırlı bilgileri, farkındalıklarını ve tutumlarını da etkilemekte ve bu durum hastalığın kontrolü için en önemli engeli oluşturmaktadır.

Tablo 1. Kadınların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi(KARRİF-BD) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Alınabilecek alt ve üst değerler	Çalışmada işaretlenen alt ve üst değerler	X±SS
KARRİF-BD	0 - 28	0 - 24	13.05±6.93

Araştırmaya katılan kadınların ortalama yaşları 50.17 ± 15.00 olarak bulunmuştur. Kadınların % 33. 6'sının 60 ve üzeri yaş grubunda, %50. 4'ünün ilkökul mezunu, %86.7'sinin sağlık güvencesinin olduğu, %81.4'ünün ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Kadınların % 62. 8'inin ailesinde kalp hastalığı bulunmadığı, %73. 5'inin beden kitle indeksinin 25 ve üzerinde olduğu, % 63. 7' sinin kan basıncı değerlerinin 129-84 mm Hg ve altında olduğu, %73. 5'inin sigara kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Yaş, eğitim durumu, sağlık güvencesinin varlığı, ailede kalp hastalığı bulunma durumu, kan basıncı değerleri ve sigara kullanma durumu ile KARRİF-BD puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken kadınların meslek ve beden kitle indeksi ile KVH risk faktörleri bilgi düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=113)

Özellikler	Sayı	%	X±SD	KARRİF-BD Test ve p Değeri
Yaş				
30-39	35	31.0	15.57±5.91	*KW= 9.111
40-49	20	17.7	14.50±6.31	df=3
50-59	20	17.7	11.60±8.19	p<0.05
60 ve üzeri	38	33.6	10.73±6.69	
Eğitim				
Okuryazar değil	57	50.4	10.75±6.18	**t = -3.756
İlkokul	56	49.6	15.39±6.92	p<0.001
Meslek				
Ev hanımı	92	81.4	13.05±6.94	***MWU=948.500
Çiftçi	21	18.6	13.04±7.05	p>0.05
Sosyal Güvence				
Var	98	86.7	13.76±6.71	***MWU= 411.500
Yok	15	13.3	8.40±6.73	p<0.01
Ailede Kalp Hastalığı				
Bulunma Durumu				
Var	42	37.2	15.38±6.43	**t = 2.828
Yok	71	62.8	11.67±6.89	p<0.01
Beden Kitle İndeksi				
25 altı	30	26.5	11.90±8.40	**t = -1.063
25 ve üzeri	83	73.5	13.46±6.33	p>0.05
Kan Basıncı				
129-84 ve altı	72	63.7	14.52±7.00	*KW=12.73
130/139-85-89	14	12.4	12.57±6.09	df=2
140-90 ve üzeri	27	23.9	9.37±5.85	P<0.01
Sigara Kullanma Durumu				
Kullanıyor	30	26.5	15.23±6.32	**t = 2.037
Kullanmıyor	83	73.5	12.26±7.01	p<0.05

*Kruskall Wallis, **Bağımsız gruplarda t testi, ***Mann -Withney U

TARTIŞMA

Kadınların yaşları arttıkça KARRİF-BD puan ortalamalarının düştüğü görülmektedir. Kadınların yaş gruplarına göre kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2). Yapılan Bonferroni ileri analizi sonucunda bu farkın 60 ve üzeri yaş grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Scalzi ve arkadaşlarının (19) yaptıkları çalışmanın sonuçları bu çalışma sonucuyla uyumlu olup, yaşın risk farkındalığı için önemli bir belirleyici olduğunu ve genç hastalarda farkındalığın daha iyi olduğunu tespit etmişlerdir.

Hastaların eğitim durumuna göre KARRİF-BD puan ortalamaları incelendiğinde, ilkökul mezunu kadınların okuryazar olmayanlara göre bilgi düzeyi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$) (Tablo 2). Yapılan çalışma sonuçları bu çalışma sonucuyla uyumlu olup, eğitim seviyesi yükseldikçe KARRİF-BD puan ortalamalarının yükseldiği tespit edilmiştir (20-22).

Kadınların sosyal güvence durumuna göre KARRİF-BD puan ortalamaları incelendiğinde, sosyal güvencesi bulunan kadınların bulunmayanlara göre bilgi düzeyi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$) (Tablo 2). Kadınlarda sağlık güvencesinin bulunmayışı, kronik hastalıklarda öz yönetimi ve korunmayı içeren bakım hizmetlerinden yararlanmayı engellemektedir (23-24). Sağlık güvencesi olanlarda risk faktörleri bilgi düzeyinin yüksek bulunması sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabiliyor olmasından kaynaklanabilir.

Ailesinde kalp hastalığı bulunan kadınların KARRİF-BD puan ortalamalarının bulunmayanlara göre yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($P<0.001$), (Tablo 2). Araştırma sonucuyla uyumlu olarak Yazid ve arkadaşlarının (22), Jafary ve arkadaşlarının (25) çalışma sonuçlarında da ailesinde kalp hastalığı bulunan bireylerin bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu sonucu bir olasılıkla hastalığı yakın aile üyelerinde deneyimleyen kadınlarda, hastalık bilincinin oluşması ve dolayısıyla potansiyel risk faktörlerine karşı farkındalığın artması ile açıklayabiliriz.

Kadınların kan basınçlarına göre KARRİF-BD puan ortalamaları incelendiğinde kan basıncı değerleri düşük olan kadınların bilgi düzeyi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$) (Tablo 2). Yapılan Bonferroni ileri analizi sonucunda bu farkın 140 – 90 ve üzeri kan basıncı değerlerine sahip olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Tüm dünyada hipertansiyon konusunda

farkındalık, tedavi alma ve kontrol altına alınma oranları düşük seyretmekle birlikte, ülkeler arasında önemli farklılıklar mevcuttur (26). Ülkemizde hipertansiyon konusunda farkındalık ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmış olup yıllar içinde hipertansiyon konusunda farkındalık, tedavi alma ve kan basıncını kontrol altına alma oranlarında iyileşmeler görülmüştür (5).

Kadınların sigara içme durumuna göre KARRİF-BD puan ortalamaları incelendiğinde sigara kullanan kadınların bilgi düzeyi puan ortalamalarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 2). Bu sonuç bir olasılıkla ülkemizde sigara ile mücadelede yürütülen kampanyalarda sigara paketleri üzerindeki uyarı etiketleri faktörüyle açıklanabilir. Hammond ve arkadaşları (27) sigara uyarı etiketlerinin sigara içmenin riskleri hakkındaki bilgiye etkisini araştırdıkları çalışmalarında sigara uyarı etiketlerinin kullanıldığı ülkelerdeki sigara içicilerinin daha iyi sağlık bilgisine sahip olduklarını bildirmişlerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda;

Araştırma grubundaki kadınların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin orta seviyelerde olduğu bulunmuştur.

Kadınların yaşı, eğitim durumu, sağlık güvencesinin varlığı, ailesinde kalp hastalığı bulunma durumu, kan basıncı değerleri ve sigara kullanma durumunun kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyini etkilediği saptanmıştır. Kadınların meslek ve beden kitle indeksinin kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyini etkilemediği saptanmıştır.

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

Kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ve etkileyen faktörlere yönelik yapılan çalışma sayılarının artırılması ve elde edilen bulgular doğrultusunda bu faktörlerin kontrol altına alınması,

Kırsal kesimde yaşayan kadınlara birinci basamak sağlık kurumlarında kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri, önlenmesi ve yönetimi konularında sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,

Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve ortaya çıkışının geciktirilmesi için birinci basamak sağlık kuruluşlarında kardiyovasküler hastalık riski olan bireylerin saptanmasına yönelik taramaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Mitka M. Heart disease a global health threat. The Journal of the American Medical Association 2004; 291 (21): 2533.
2. Callow AD. Cardiovascular disease 2005- the global picture. Vasculer Pharmacology 2006; 45: 302-307.
3. Watkins H, Farrall M. Genetic susceptibility to coronary artery disease: from promise to progress. Nature Reviews Genetics 2006; 7: 163-172.
4. Mutangadura, Gladys B (ed.). Reducing risks, promoting healthy life World. Health Report 2002; Geneva, World Health Organization, 2002.
5. Onat A, Keleş İ, Çetinkaya A, Başar Ö. Yıldırım B, Erer B ve ark. On yıllık TEKHARF çalışması verilerine göre Türk erişkinlerinde koroner kökenli ölüm ve olayların prevalansı yüksek. Türk Kardiyol Derneği Araştırmaları 2001; 29: 8-19.
6. Rosenfeld JA. Heart disease in women: gender-specific statistics and prevention strategies for a population at risk. Postgraduate Medicine |2000; 107: 111-116.
7. Robertson MR. Women and cardiovascular disease: the risks of misperception and the need for action. Circulation 2001;103:2318-20
8. Shaw LJ, Bugiardini R, Merz CN. Women and ischemic heart disease: evolving knowledge. Journal of the American College of Cardiology 2009;54: 1561-75.
9. Engberding N, Wenger NK. Cardiovascular disease prevention tailored for women. Expert Review of Cardiovascular Therapy 2008; 6: 1123-34.
10. Vaccarino V, Parsons L, Every NR, Barron HV, Krumholz HM. Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction: National Registry of Myocardial Infarction 2 Participants. The New England Journal of Medicine 1999; 341: 217-25.
11. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics--2008. Circulation 2008; 117e25-e146.
12. Khot UN, Khot MB, Bajzer CT, Sapp SK, Ohman EM, Brener SJ, et al. Prevalance of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. . The Journal of the American Medical Association 2003; 290: 898-904.
13. Onat A. Risk factors and cardiovascular disease in Turkey. Atherosclerosis 2001; 156: 1-10.

14. Thanavaro JL, Moore SM, Anthony M, Narsavage G, Delicath T. Predictors of health promotion behavior in women without prior history of coronary heart disease. *Applied Nursing Research* 2006; 19: 149–55.

15. Çengel A. Kadınlarda kardiyovasküler risk faktörleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları* 2010; 38 Suppl 1; 17-24.

16. Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliği. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları* 2009; 37 (1): 35-40.

17. Mosca L, Ferris A, Fabunmi R, & Robertson R.M. Tracking women's awareness of heart disease: An American Heart Association national study. *Circulation* 2004; 109: 573–579.

18. Sandra Oliver – McNeil. Women's perceptions of personal cardiovascular risk and their risk- reducing behaviors. *American Journal of Critical Care* 2002; 11 (3): 221-227.

19. Scalzi LV, Ballou SP, Park JY, Redline S, Kirchner HL. Cardiovascular disease risk awareness in systemic lupus erythematosus patients. *Arthritis & Rheumatism* 2008; 58: 1458-64.

20. Thanavaro JL. Barriers to coronary heart disease risk modification in women without prior history of coronary heart disease. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2005;17: 487-93.

21. Frijling B, Hulscher ME, van Leest LA, et al. Multifaceted support to improve preventive cardiovascular care: a nationwide, controlled trial in general practice. *The British Journal of General Practice* .2003;53: 934-41.

22. Yazid N, Al Hamarneh, Grainne E, Crealey JC, McElnay. Coronary heart disease: health knowledge and behaviour. *International journal of clinical pharmacology and therapeutics* 2011; 33: 111–123.

23. Jerant AF, Friederichs-Fitzwater MM, Moore M. Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Education and Counseling* 2005; 57: 300-307.

24. Fiscella K, Franks P, Doescher MP, Saver BG. Do HMOs affect educational disparities in health care? *Annals of Family Medicine* 2003;1: 90-96.

25. FH, Aslam F, Mahmud H, Waheed A, Shakir M, Afzal A, et al. Cardiovascular health knowledge and behaviour in patient attendants at four tertiary care hospitals in Pakistan-a cause for concern. *BMC Public Health* 2005; 5: 124–32.

26. Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. *The Journal of the American Medical Association* 2003;290:199-206.

27. Hammond D, Fong GT, McNeill A, Borland R, Cummings KM. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the international tobacco control (ITC) four country survey. *Tobacco Control* 2006;15: iii19–25.

ÖDEMİŞTE BULUNAN ANNELERİN BEBEK BAKIMINDA UYGULADIKLARI GELENEKSEL YÖNTEMLERİN İNCELENMESİ

Esmâ SÜLÜ UĞURLU¹, Zümrüt BAŞBAKKAL², Hatice DAYILAR³,
Vasviye ÇOBAN³, Zeynep ADA³

ÖZET

Bu çalışma, İzmir'in Ödemiş İlçesinde 0-12 aylık bebeği olan annelerin bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı tipte olan çalışmaya 150 anne alınmıştır. Annelerin %32,7'sinin 21-25 yaş grubunda, %60,7'sinin ilköğretim mezunu, %83,3'ünün ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Annelerin %60'mın bebeğini kundakladığı, %67,3'ünün tuzladığı, %65,3'ünün bebeğini göbeği düştükten sonra banyo yaptırdığı, %32,2'sinin sarılık durumunda bebeğine sarı tülent bağladığı, %28'inin bebeği ateşlenince sırtına sirke sürdüğü, %16'sının bebeği öksürünce gaz yağlı gazeteyi sırtına sardığı, %18,6'sının bebeğinin karın ağrısı veya gaz durumunda karnına sirkeli lahana sardığı, %28,2'sinin pişik durumunda zeytinyağı sürdüğü, %50'sinin pamukçuk durumunda bebeğinin ağzına soda sürdüğü, %54'ünün bebeği ağladığında emzirdiği, %19,3'ünün dua ettiği, %86'sının nazara inandığı, %46,4'ünün nazarlık taktığı saptanmıştır.

Araştırma sonucunda, annelerin yaşlarının küçük olması ve eğitim durumlarının düşük olması nedeniyle geleneksel uygulamalara çok sık başvurdukları saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bebek Bakımı, Geleneksel Uygulamalar, 0-1 Yaş

*25-27 Haziran 2008 tarihinde İstanbul'da düzenlenen 7.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresinde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

¹Öğr.Gör.Dr. Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu

²Prof.Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

³Hemşire E.Ü.Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Mezunu

İletişim/Corresponding Author: Esmâ SÜLÜ UĞURLU

Tel: 0232 544 34 50 **e-posta:** esma.sulu@ege.edu.tr

Geliş Tarihi / Received : 12.12.2012

Kabul Tarihi / Accepted: 02.07.2013

EXAMINATION OF THE TRADITIONAL PRACTICES ABOUT CHILD CARE OF THE MOTHERS IN ODEMIS

ABSTRACT

This study was conducted to determine the traditional practices applied about infant care of mothers with 0-12 months infant in Izmir/Odemis district.

This descriptive study included 150 mothers. It was determined that 32.7% of mothers were 21-25 ages, 60.7% of them were graduated from primary school, 83.3% of them were housewife. It was determined that 60.0% of mothers swaddled to the infant, 67.3% of them salted to the infant, 65.3% of mothers were a bath to the infant after the umbilical cord had dopped, 32.2% of them covered to yellow headscarf in case of infant was joundice, 28.0% of them applied to vinegar on the infant back when infant was fever, 16.0 % of them put the gas oil newspaper on the infant back when infant was cough, 18.6% of them put the vinegared cabbage on the abdomen when infant was abdominal pain and gas, 28.2% of them spreaded olive oil when infant was diaper rash, 50.0 % of them spreaded soda with infant's mouth when infant was thrush in mounth, 54.0 % of them breastfeeded and 19.3% of them prayed when infant was crying, 86.0 % of mothers believed to evil eye, 46.4% of them attached amulet.

It was result of the research, mothers were often applied of traditional practices because of mothers were young and educational level low.

Keywords: Baby Care, Traditional Practice, 0-1 Age

GİRİŞ

Gelenekler, kuşaktan kuşağa ve toplumdan topluma geçen kültür mirasları, alışkanlıklar, bilgiler ve davranışlardır. İnsanların sağlıkla ilgili inanç ve uygulamaları, içinde yaşadığı toplumun kültürünün bir parçasıdır. Kültür ve toplum ayrılmaz bir bütündür. Her konuda olduğu gibi sağlıkla ilgili konularda da kültürün etkisi görülmektedir (1,2,3). Toplumun kültürel değerleri, inanç ve davranışları kişilerin yaşam tarzlarını ve sağlık koşullarını etkiler (4).

Geleneksel sağlık uygulamaları; toplumun inanç, gelenek, değer ve kültürleri ile ilgili yaptıkları tıbbi uygulamalardır. Her toplumun kendine özgü, sağlık ve hastalıkla ilgili inanç ve uygulamaları vardır. Geleneksel uygulamalar, dünyanın hemen her yerinde yöreden yöreye, aileden aileye, kişiden kişiye bazı farklılıklar göstererek devam eder (4). Bilinçsizce sadece kulaktan dolma bilgilerle yapılan geleneksel uygulamalar çoğu zaman sağlık açısından zararlı olabilmektedir. Bu uygulamalardan en çok çocuklar etkilenmektedir (1, 2).

Sağlığın temelleri çocukluk döneminde atılmaktadır. Ülkemizde çocuk sağlığını etkileyen en önemli sorunlarından birisi çocuğa verilen bakımdır. Bakım, sağlıklı büyüme ve gelişmeyi kapsayan bir takım uygulamalardır. Çocuğun ileriki yaşamında sağlıklı olabilmesi için çocuk bakımı, doğum öncesi, doğum ve doğumdan sonraki dönemlerde anneye ve çocuğa yönelik uygun müdahalelerin yapılmasını içermektedir. İyi bakım çocuğu sadece tehlikelerden ve hastalıklardan korumaz, aynı zamanda, çocuğun büyümesini, psiko sosyal, bilişsel gelişimini ve sağlıklı bir çevre yaratılmasını sağlar (4, 5, 6).

Ülkemizde bakım amacı ile çocuklarda geleneksel uygulamalar yaygın olarak kullanılmaktadır. Geleneksel çocuk bakımı uygulamaları eğitim seviyesi ve sosyoekonomik düzeyi düşük gruplarda daha fazla görülmektedir. Yine sağlık hizmetlerine ulaşabilme, bu hizmetlerden faydalanılması geleneksel uygulamaları etkileyen diğer bir faktördür. Bu nedenle; özellikle toplumla birebir iletişim içerisinde olan birinci basamak sağlık profesyonellerine bu konuda önemli görevler düşmektedir (4).

Bu sorumluluk doğrultusunda hemşire, çocuğun sağlık durumunu tanımlarken öncelikle çocuğun sağlığını olumsuz etkileyen risk faktörlerini belirlemelidir. Çocuğun sağlığını olumsuz etkileyen geleneksel sağlık uygulamalarının saptanması ve değiştirilme yoluna gidilmesi, aileye sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öğretilmesi ve kazandırılması hemşirelerin temel sorumluluklarından birisidir (4, 7).

Bu çalışma, İzmir'in Ödemiş İlçesinde 0-12 aylık bebeği olan annelerin bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Tanımlayıcı tipte olan çalışma, 0-12 aylık bebeği olan Devlet Hastanesi Çocuk Polikliniklerine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden 150 anne ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket formu, sosyo-demografik özellikleri içeren 14 soru ve bebek bakımında uygulanan geleneksel yöntemleri içeren 26 soru olmak üzere toplam 40 sorudan oluşmuştur. Anket formu araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle ortalama 10-15 dakikalık sürede doldurulmuştur. Çalışmanın yapıldığı kurumundan yazılı izin, Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulundan Etik Kurul onayı alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerden yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows) 12.00 istatistik programı kullanılarak sayı ve yüzde analizleri ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Annelerin %32,7'sinin 21-25 yaş grubunda, %60,7'sinin ilköğretim mezunu, %83,3'ünün ev hanımı, %70,7'sinin sağlık güvencesinin olduğu, %68,7'sinin ilçede yaşadığı, %58'inin gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir. Annelerin %38'inin 2 gebelik geçirdiği, %52,7'sinin 1 çocuk sahibi olduğu, %94,7'sinin hastanede doğum yaptığı, %83,3'ünün gebeliğinde doktor kontrolüne gittiği, %77,3'ünün bebek bakımı konusunda bilgi aldığı, %59,4'ünün bebek bakımı konusunda sağlık personelinde bilgi aldığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan annelerin tanıtıcı özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Annelerin %79,3'ünün doğumdan hemen sonra bebeğini emzirdiği, sütünün bol olması için %30,7'sinin sulu besin aldığı, %60'ının bebeğini kundakladığı, %41,1'inin bebeğin elinin ayağının düzgün olması için kundakladığı, %67,3'ünün bebeği tuzladığı, %73,3'ünün terinin kokmaması için tuzladığı, %65,3'ünün bebeğin göbeği düştükten sonra banyo yaptırdığı, %58,0'inin göbek bakımında alkol kullandığı, %61,3'ünün doğumdan 40 gün sonra bebeği dışarı çıkardığı belirlenmiştir. Annelerin %32,2'sinin sarılık durumunda bebeğine sarı tül bent bağladığı, %28'inin bebeği ateşlenince sırtına sirke sürdüğü, %16'sının bebeği öksürünce gaz yağlı gazeteyi sırtına sardığı, %18,6'sının bebeğinin karın ağrısı veya gaz durumunda karnına

sirkeli lahana sardığı, %28,2'sinin pişik durumunda zeytinyağı sürdüğü, %50'sinin pamukçuk durumunda bebeğinin ağzına soda sürdüğü, %54'ünün bebeği ağladığında emzirdiği, %19,3'ünün dua ettiği, %86'sının nazara inandığı, %46,4'ünün nazarlık taktığı saptanmıştır. Annelerin bebek bakımı konusunda başvurdukları geleneksel yöntemlerin dağılımı Tablo 2'de belirtilmiştir.

Tablo 1: Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

	Tanıtıcı Özellikler	Sayı (N)	Yüzde (%)
Annenin Yaşı	15-20	22	14,7
	21-25	49	32,7
	26-30	49	32,7
	31-35	22	14,7
	36 ve üzeri	8	5,2
Annenin Eğitim Durumu	Okur yazar değil	9	6,0
	İlköğretim	91	60,7
	Ortaöğretim	42	28,0
	Üniversite	8	5,3
Annenin Mesleği	Ev hanımı	125	83,3
	Memur	10	6,7
	İşçi	8	5,3
	Çiftçi	7	4,7
Yaşanılan Yer	İlçe	103	68,7
	Köy	47	31,3
Sosyal Güvence	Var	106	70,7
	Yok	44	29,3
Gelir-Gider Durumu	Gelir giderden az	55	36,7
	Gelir gidere denk	87	58,0
	Gelir giderden fazla	8	5,3
Gebelik Sayısı	1	62	41,3
	2	57	38,0
	3	26	17,3
	4 ve üzeri	5	3,4
Yaşayan Çocuk Sayısı	1 Çocuk	79	52,7
	2 Çocuk	55	36,7
	3 Çocuk	14	9,3
	4 ve üzeri Çocuk	2	1,3
Doğum Yapılan Yer	Ev	8	5,3
	Hastane	142	94,7
Hamilelikte Kontrole Gitme Durumu	Evet	125	83,3
	Hayır	25	16,7
Bebek Bakımı Konusunda Bilgi Alma Durumu	Evet	116	77,3
	Hayır	34	22,7
Bebek Bakımı Konusunda Bilgi Alma Kaynağı*	Sağlık personeli	79	59,4
	Aile üyesi	79	59,4
	Komşu	42	31,6
	Medya	4	3,0
	Dergi	6	4,5
	Diğer	2	1,5
TOPLAM		150	100

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo 2: Annelerin Bebek Bakımında Başvurdıkları Geleneksel Yöntemlerin Dağılımı

	Başvurulan Geleneksel Yöntemler	Sayı (N)	Yüzde (%)
İlk Emzirme Zamanı	Doğumdan hemen sonra	119	79,3
	Doğumdan 2 saat ve üzeri	18	12,0
	3 Ezan vakti geçince	10	6,7
	Diğer	3	2,0
Anne Sütünün Bol Olması İçin Yapılan Uygulamalar	Helva yemek	21	14,0
	Sulu besin almak	46	30,7
	Soğan yemek	36	24,0
	Diğer (börülce, pilav yeme)	47	31,3
Çocuğu Kundaklama	Kundaklayan	90	60,0
	Kundaklamayan	60	40,0
Kundaklama Nedeni	Uyurken üşümemesi	21	23,4
	Eli-ayağı düzgün olması	37	41,1
	Nedeni bilinmiyor	20	22,2
	Diğer	12	13,3
Çocuğu Tuzlama	Tuzlayan	101	67,3
	Tuzlamayan	49	32,7
Tuzlama Nedeni	Terinin kokmaması	74	73,3
	İsiliklerin azalması	7	6,9
	Sebepsiz	17	16,8
	Diğer	3	3,0
Tuzlama Zamanı	Doğumdan sonra	9	8,9
	İlk bir hafta içinde	39	38,6
	Doğumdan 15–20 gün sonra	40	39,6
	Diğer (40'ı çıkmadan)	13	12,9
İlk Banyonun Zamanı	Göbek düşmeden önce	45	30
	Göbek düştükten sonra	98	65,3
	Hastaneden gelir gelmez	6	4,0
	Diğer	1	0,7
Göbeğin Düşmesi İçin Yapılan Uygulamalar	Kahve, tuz, zeytinyağı sürme	12	8,0
	Alkol sürme	87	58,0
	Hiçbir şey sürmeme	19	12,7
	Batikon sürme	32	21,3
Bebeği İlk Dışarı Çıkarma Zamanı	Doğumdan hemen sonra	7	4,7
	Doğumdan 15–20 gün sonra	50	33,3
	Doğumdan 40 gün sonra	92	61,3
	Diğer	1	0,7
Sarılık Durumunda Yapılan Uygulamalar	Kulak arkası kesilir	3	2,1
	Sarı tülbent bağlanır	48	32,2
	Doktora gitme	88	58,2
	Diğer (ağza limon damlatma)	11	7,5
İshal Durumunda Yapılan Uygulamalar	Su verme	27	17,8
	Katı besin verme	31	20,5
	Doktora gitme	83	55,5
	Diğer (leblebi tozu yedirme)	9	6,2
Kabızlık Durumunda Yapılan Uygulamalar	Su verme	26	17,4
	Zeytinyağı içirme	38	25,5
	Doktora gitme	75	49,7
	Diğer (zeytinyağı anüse sürme)	11	7,4
Ateşlenme Durumunda Yapılan Uygulamalar	Ateş düşürücü verme	74	49,3
	Vücuda sirke sürme	42	28,0
	Doktora gitme	26	17,4
	Diğer (aspirinli su ile vücudu silme)	8	5,3

Tablo 2: Annelerin Bebek Bakımında Başvurdukları Geleneksel Yöntemlerin Dağılımı- Devamı

	Başvurulan Geleneksel Yöntemler	Sayı (N)	Yüzde (%)
Öksürünce Yapılan Uygulamalar	Sırtı gazyağlı gazete sarma	24	16,0
	Karabiberli çay içirme	3	2,0
	Doktora gitme	101	67,3
	Diğer (elma yağı içirme, viks sürme)	22	14,7
Karın Ağrısı- Gaz Probleminde Yapılan Uygulamalar	Sırtı sıvazlama	29	19,3
	Karına soğan rendesi koyma	13	8,7
	Karına sirkeli lahana sarma	27	18,0
	Doktora gitme	49	32,7
	Diğer (rezene çayı içirme)	32	21,3
PişikDurumunda Yapılan Uygulamalar	Pişik kremi kullanma	77	51,0
	Zeytinyağı sürme	42	28,2
	Doktora gitme	18	12,1
	Diğer (pudra)	13	8,7
Pamukçuk Durumunda Yapılan Uygulamalar	Doktora gitme	28	18,7
	Ağza soda sürme	75	50,0
	Hiçbir şey yapmama	15	10,0
	Diğer	32	21,3
Ağlama Durumunda Yapılan Uygulamalar	Şekerli besin verme	7	4,7
	Emzirme	81	54,0
	Dua etme	29	19,3
	Doktora gitme	20	13,3
	Diğer (sallama)	13	8,7
Hastalık Durumunda Doktora Gitme Zamanı	Hemen	75	50,0
	2-3 gün sonra	73	48,7
	Gitmez	2	1,3
Bebeğin Sağlıklı Olduğunu Anlama Durumu	Bebeğin Ağlamaması	72	48,0
	Bebeğin Uyuması	46	30,7
	Bilmiyor	11	7,3
	Diğer (neşeli olur, güler)	21	14,0
Nazara İnanma Durumu	İnanıyorum	129	86,0
	İnanmıyorum	21	14,0
Nazardan Korunmak İçin Yapılan Uygulamalar	Dua etme	38	29,6
	Tuz, şeker kavurup çocuk üzerinde gezdirme	11	8,8
	Nazarlık takma	60	46,4
	Diğer (kurşun dökme)	20	15,2
Farklı Geleneksel Uygulamalar Yapma	Evet	9	6,0
	Hayır	141	94,0
Farklı Yapılan Geleneksel Uygulamalar	Kulağa anne sütü damlatma	3	33,3
	Hiçkırıktaki limon verme	3	33,3
	Güzel koksun diye ilk banyoda bal sürme	2	22,3
	Göze anne sütü damlatma	1	11,1
TOPLAM		150	100

Tablo 2: Annelerin Bebek Bakımında Başvurdukları Geleneksel Yöntemlerin Dağılımı- Devamı

	Başvurulan Geleneksel Yöntemler	Sayı (N)	Yüzde (%)
İlk Emzirme Zamanı	Doğumdan hemen sonra	119	79,3
	Doğumdan 2 saat ve üzeri	18	12,0
	3 Ezan vakti geçince	10	6,7
	Diğer	3	2,0
Anne Sütünün Bol Olması İçin Yapılan Uygulamalar	Helva yemek	21	14,0
	Sulu besin almak	46	30,7
Çocuğu Kundaklama	Soğan yemek	36	24,0
	Diğer (börülce, pilav yeme)	47	31,3
	Kundaklayan	90	60,0
Kundaklama Nedeni	Kundaklamayan	60	40,0
	Uyurken üşümemesi	21	23,4
	Eli-ayağı düzgün olması	37	41,1
	Nedeni bilinmiyor	20	22,2
Çocuğu Tuzlama	Diğer	12	13,3
	Tuzlayan	101	67,3
	Tuzlamayan	49	32,7
Tuzlama Nedeni	Terinin kokmaması	74	73,3
	İsiliklerin azalması	7	6,9
	Sebepsiz	17	16,8
	Diğer	3	3,0
Tuzlama Zamanı	Doğumdan sonra	9	8,9
	İlk bir hafta içinde	39	38,6
	Doğumdan 15–20 gün sonra	40	39,6
	Diğer (40'ı çıkmadan)	13	12,9
İlk Banyonun Zamanı	Göbek düşmeden önce	45	30
	Göbek düştükten sonra	98	65,3
	Hastaneden gelir gelmez	6	4,0
	Diğer	1	0,7
Göbeğin Düşmesi İçin Yapılan Uygulamalar	Kahve, tuz, zeytinyağı sürme	12	8,0
	Alkol sürme	87	58,0
	Hiçbir şey sürmeme	19	12,7
Bebeği İlk Dışarı Çıkarma Zamanı	Batikon sürme	32	21,3
	Doğumdan hemen sonra	7	4,7
	Doğumdan 15–20 gün sonra	50	33,3
	Doğumdan 40 gün sonra	92	61,3
	Diğer	1	0,7

Tablo 2: Annelerin Bebek Bakımında Başvurdukları Geleneksel Yöntemlerin Dağılımı- Devamı

	Başvurulan Geleneksel Yöntemler	Sayı (N)	Yüzde (%)
Sarılık Durumunda Yapılan Uygulamalar	Kulak arkası kesilir	3	2,1
	Sarı tülbent bağlanır	48	32,2
	Doktora gitme	88	58,2
	Diğer (ağza limon damlatma)	11	7,5
İshal Durumunda Yapılan Uygulamalar	Su verme	27	17,8
	Katı besin verme	31	20,5
	Doktora gitme	83	55,5
	Diğer (leblebi tozu yedirme)	9	6,2
KabızlıkDurumunda Yapılan Uygulamalar	Su verme	26	17,4
	Zeytinyağı içirme	38	25,5
	Doktora gitme	75	49,7
	Diğer (zeytinyağı anüse sürme)	11	7,4
Ateşlenme Durumunda Yapılan Uygulamalar	Ateş düşürücü verme	74	49,3
	Vücuda sirke sürme	42	28,0
	Doktora gitme	26	17,4
	Diğer (aspirinli su ile vücudu silme)	8	5,3
Öksürünce Yapılan Uygulamalar	Sırtı gazyağlı gazete sarma	24	16,0
	Karabiberli çay içirme	3	2,0
	Doktora gitme	101	67,3
	Diğer (elma yağı içirme, viks sürme)	22	14,7
Karın Ağrısı- Gaz Probleminde Yapılan Uygulamalar	Sırtı sıvazlama	29	19,3
	Karına soğan rendesi koyma	13	8,7
	Karına sirkeli lahana sarma	27	18,0
	Doktora gitme	49	32,7
	Diğer (rezene çayı içirme)	32	21,3
PişikDurumunda Yapılan Uygulamalar	Pişik kremi kullanma	77	51,0
	Zeytinyağı sürme	42	28,2
	Doktora gitme	18	12,1
	Diğer (pudra)	13	8,7
Pamukçuk Durumunda Yapılan Uygulamalar	Doktora gitme	28	18,7
	Ağza soda sürme	75	50,0
	Hiçbir şey yapmama	15	10,0
	Diğer	32	21,3

Tablo 2: Annelerin Bebek Bakımında Başvurdıkları Geleneksel Yöntemlerin Dağılımı- Devamı)

	Başvurulan Geleneksel Yöntemler	Sayı (N)	Yüzde (%)
Ağlama Durumunda Yapılan Uygulamalar	Şekerli besin verme	7	4,7
	Emzirme	81	54,0
	Dua etme	29	19,3
	Doktora gitme	20	13,3
	Diğer (sallama)	13	8,7
Hastalık Durumunda Doktora Gitme Zamanı	Hemen	75	50,0
	2-3 gün sonra	73	48,7
	Gitmez	2	1,3
Bebeğin Sağlıklı Olduğunu Anlama Durumu	Bebeğin Ağlamaması	72	48,0
	Bebeğin Uyuması	46	30,7
	Bilmiyor	11	7,3
	Diğer (neşeli olur, güler)	21	14,0
Nazara İnanma Durumu	İnanıyorum	129	86,0
	İnanmıyorum	21	14,0
Nazardan Korunmak İçin Yapılan Uygulamalar	Dua etme	38	29,6
	Tuz, şeker kavurup çocuk üzerinde gezdirme	11	8,8
	Nazarlık takma	60	46,4
	Diğer (kurşun dökme)	20	15,2
Farklı Geleneksel Uygulamalar Yapma	Evet	9	6,0
	Hayır	141	94,0
Farklı Yapılan Geleneksel Uygulamalar	Kulağa anne sütü damlatma	3	33,3
	Hıçkırıkta limon verme	3	33,3
	Güzel koksun diye ilk banyoda bal sürme	2	22,3
	Göze anne sütü damlatma	1	11,1
TOPLAM		150	100

TARTIŞMA

İzmir'in Ödemiş ilçesinde 0-12 aylık bebeği olan annelerin bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada araştırmaya katılan annelerin doğumdan sonra ilk emzirme zamanları incelendiğinde %79,3'ünün doğumdan hemen sonra, %12'sinin 2 saat ve sonrası bebeğini emzirdiği bulunmuştur. Kahriman yaptığı çalışmada annelerin %69,7'sinin doğumdan hemen sonra, %14'ünün ise doğumdan 1 saat sonra bebeğini emzirdiğini tespit etmiştir (8). Yıldız ve ark.'nın

çalışmalarında annelerin %76'sının doğumdan sonraki ilk bir saat içinde bebeklerini emzirmeye başladıkları tespit edilmiştir (9). Çalışkan ve Bayat'ın çalışmasında ise annelerin %60,6'sının bebeklerini doğumdan sonra ilk 1 saat içerisinde emzirdikleri tespit edilmiştir (10). Gölbaşı ve Koç çalışmalarında annelerin %42,2'sinin ilk bir saat içinde bebeklerini emzirdiklerine dikkat çekmektedirler (11).

Bilindiği gibi erken dönemde emzirmenin, anne ve bebek sağlığı üzerinde olumlu etkileri vardır. Literatürde anne sütünün yeterli ve sürekli olmasını sağlamada en önemli faktörün, doğumu izleyen ilk yarım saat içinde annelerin emzirmeye başlamaları olduğu vurgulanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü' de (DSÖ) doğumdan sonraki ilk 30-45 dakika içinde emzirmeye başlanmasını önermektedir (11,12). Bu nedenle annelerin doğum öncesi dönemden itibaren, bebeklerini doğar doğmaz emzirmelerinin gerekliliği ve önemi konusunda eğitilmelerinin önemli olduğu düşünülmektedir (13).

Araştırmaya katılan annelerin %30,7'sinin sütünün bol olması için sulu besin aldığı, %24'ünün ise soğan yediği bulunmuştur. Dinç'in çalışmasında anne sütünün bol olması için annelerin %43'ü bebeklerini bol bol emzirmekte, %27,5'i ise sulu besinler almaktadır (6). Literatürde anne sütünü arttırmak için bebeğin sık sık emzirilmesi ve bol sulu gıdalar alınması tavsiye edilmektedir. Araştırma sonuçları literatür bilgisini desteklemektedir.

Araştırmaya katılan annelerin %60'ının bebeklerini kundakladıkları bulunmuştur. Annelerin %41,1'i kundaklama nedeni olarak bebeğin eli-ayağının düzgün olmasını, %23,4'ü bebeğin üşümemesini belirtmişlerdir. Bölükbaş ve ark.'nın çalışmalarında annelerin %53,2'sinin, Eğri ve Gölbaşı'nın çalışmalarında annelerin %89,8'inin, Biltekin ve ark.'nın çalışmalarında annelerin %79'unun, Kahrıman'ın çalışmasında annelerin %31,3'ünün, Dinç'in çalışmasında annelerin %74'ünün bebeklerini kundakladıkları saptanmıştır (4,6,8,14,15). Eğri ve Gölbaşı'nın çalışmalarında kundaklama nedenleri arasında annelerin %69,9'u bebeğin rahat uyumasını ve %59,8'i bebeğin bacaklarının düzgün olmasını ilk sırada belirtmişlerdir (15). Dinç annelerin %62,8'inin bebeklerini nedenini bilmeden kundakladığını, %24,3'ünün eli-ayağının düzgün olması, %12,8'inin uyurken üşümemesi için kundakladığını belirtmiştir (6).

Kundaklama geleneği, Türk toplumunda oldukça yaygın bir uygulamadır. Bilindiği gibi kundaklanan bebek; kolları ve bacakları bağlandığı için rahat hareket edemez, ağlar ve huzursuz olur. Ayrıca kundaklama, gelişimsel kalça displazisi için risk faktörleri arasında belirtilmektedir. Bu nedenle kundak yapmanın bebek sağlığını olumsuz etkileyen bir

geleneksel uygulama olduğu gözden kaçırılmamalıdır (3,13). Annelere bebeklerini kundaklamaları ve bunun nedenleri konusunda bilgi verilmelidir.

Araştırmaya katılan annelerin %67,3'ünün bebeklerini tuzladıkları, %73,3'ünün bebeklerini terinin kokmaması için tuzladığı, %39,6'sının doğumdan 15-20 gün sonra tuzladıkları saptanmıştır. Kahrıman'ın yaptığı çalışmada annelerin %31,5'inin bebeklerini terinin kokmaması için tuzlu su ile yıkadıkları bulunmuştur (8). Dinç'in yaptığı çalışmada annelerin %39'u bebeklerini tuzladıklarını, %44,5'i nedenini bilmeden, %32,5'i ise terinin kokmaması için bebeklerini tuzladıklarını ifade etmişlerdir (6). Çetinkaya, Özmen ve Cambaz'ın çalışmalarında annelerin %74,2'si bebeğini ter kokmaması ve isilik olmaması için tuzladıklarını belirtmişlerdir (13). Ülkemizin birçok yöresinde yeni doğan bebeği tuzlama geleneği bulunmaktadır. Yeni doğanın tuzlanması, bebek cildinin hassaslığı düşünüldüğünde; ağrıya, deride kızarıklığa ve derinin bütünlüğünün bozulmasına neden olabileceği, ayrıca vücuttan sıvı kaybına ve dehidratasyona neden olabileceği için sağlığa zararlı bir uygulamadır. Bu nedenle, doğum öncesi dönemden itibaren annelere bu konuda eğitim verilmelidir.

Araştırmaya katılan annelerin %65,3'ü bebeğin göbeği düştükten sonra ilk banyosunu yaptırdığını belirtmişlerdir. Dinç'in çalışmasında annelerin %53,5'i bebeğin göbeği düştükten sonra ilk banyosunu yaptırdıklarını belirtmişlerdir (6). Bölükbaş, Erbil, Altınbaş ve Arslan'ın çalışmalarında annelerin %66'sı bebeği göbeği düşmeden önce banyo yaptırmaktadır (14). Özyacıoğlu ve Polat'ın çalışmasında annelerin % 37,7'si bebeklerini yarı kırkı (20 gün) veya kırkı çıktıktan sonra banyo yaptırmaktadır (16). Çalışmamızda ve literatür taramasında annelerin büyük çoğunluğu bebeğin banyosunu göbeği düştükten sonra yaptırmaktadır. Çocuğun ilk banyosu göbeği düşmeden önce silme banyo, göbeği düştükten sonra normal banyo şeklinde yapılmalıdır. Islak ve nemli ortam, göbek kordonunun kuruyup düşmesini engellediği gibi mikroplanarak enfekte olmasına neden olacağından dikkat edilmesi gereken bir konudur.

Araştırmaya katılan annelerin %58'i göbek bakımında alkol kullanmaktadır. Kahrıman'ın çalışmasında annelerin %13,8'i göbek bakımı için hiçbir şey kullanmamakta, %6'sı göbeği temiz tutmaktadır (8). Bölükbaş ve ark.'nın çalışmasında annelerin %19,7'si göbek bakımında batikon kullanmakta, %6,4'ü temiz tutmakta, %2'si ise göbeğe anne sütü damlatmaktadır (14). Eğri ve Gölbaşı'nın çalışmalarında annelerin %28,8'i göbeği göbek bağı ile sıkıca bağlamakta, %20,8'i göbeğe zeytinyağı sürmekte ve %15,4'ü bebeği banyo

yaptırmaktadır (15). Göbek bakımında amaç, kordonun kuruması ve enfeksiyona zemin hazırlamayacak şekilde nemsiz tutulmasıdır. İlk bakım %70'lik alkol ile yapılabilir. Batikon gibi iyot ve civalı bileşikler emilimlerinin fazla olması nedeniyle son yıllarda tercih edilmemektedir. Batı ülkelerinde kendi kendine kuruma yöntemi de kullanılmaktadır, ancak bizde yaygın olarak göbek bakımında %70'lik alkol kullanılmaktadır (17).

Araştırmada annelerin %61,3'ü bebeğini doğumdan 40 gün sonra dışarı çıkarmaktadır. Gölbaşı ve Eğri'nin çalışmalarında annelerin %91,5'i, Dinç'in çalışmasında annelerin %46'sı doğumdan 40 gün sonra dışarı çıkmaktadır (6,18). Doğum sonu dönem birçok kültürde duyarlı bir dönem olarak kabul edilmekte, anne ve bebeğin bu duyarlı dönemde korunması için bazı geleneksel uygulamalar yapılmaktadır. Genellikle 40 gün boyunca anne ve bebeğin evden çıkarılmaması, bu sürenin bitiminde bazı geleneksel uygulamalarla duyarlılık döneminin sona erdirilmesi en sık yapılan uygulamalardandır. Türk kültüründe bu uygulama "anne ve bebeğin kırkının çıkarılması" olarak adlandırılmaktadır. Kırk çıkarma, anne ve bebeğe zarar vermeyen, daha çok insanların psikolojik olarak rahatlamasına neden olan bir uygulamadır (13, 17).

Araştırmaya katılan annelerin %58,2'si bebekleri sarılık olunca doktora götürmekte, %32,2'si ise bebeğine sarı tülbent bağlamaktadır. Kahrıman'ın yaptığı çalışmada annelerin %83,6'sı bebeklerini doktora götürmekte, %12,1'i bebeklerini Florasan lambaya tutmaktadır (8). Dinç'in yaptığı çalışmada annelerin %47,3'ü bebeğin kulağının arkasını kesmekte, %34,5'i ise doktora götürmektedir (6). Özyazıcıoğlu ve Polat'ın çalışmalarında annelerin %41,8'i çocuğa altın takma, altın suyu ve yumurta sarısı ile yıkama ya da sarı giysiler giydirme gibi yöntemlere başvurmakta, %39,2'si doktora götürmekte, %19'u ise kaderci bir yaklaşımla hiçbir şey yapmamaktadır (16). Yapılan çalışmalarda kültürel ve bölgesel oransal farklılıklar olmasına rağmen çalışmamızda bebeklerin sarılık durumunda doktora götürülme oranının yüksek olması sevindirici bir sonuçtur.

Araştırmada annelerin %55,5'i bebekleri ishal olunca doktora götürmekte, %20,5'i ise katı besinler yedirmektedir. Kahrıman'ın çalışmasında annelerin %21,2'si bol sıvı vermekte, %20,7'si doktora götürmekte, %17,5'i ise şeftali, yoğurt, muz, ayran vermektedir (8). Dinç'in yaptığı çalışmada annelerin %28,5'i doktora götürmekte, %21'i ise bebeğine su ya da ORS vermektedir (6). Özyazıcıoğlu ve Polat'ın çalışmasında ishali tedavi etmek için annelerin %48,3'ü çocuğa koyu çay, nane limon içirmekte ve diyetten yağlı yiyecekleri çıkartmaktadır (16). Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda ishal durumunda annelerin çoğunluğu geleneksel

uygulamalar yapmak yerine bebeğini doktora götürmektedir. Bu durum çocuk sağlığı için önemli bir sonuçtur.

Araştırmada annelerin %49,7'si bebekleri kabız olunca doktora götürmekte, %25,5'i zeytinyağı içirmektedir. Kahriman'ın çalışmasında annelerin %20,5'i bebeklerine zeytinyağı içirmekte, %12'si fitil uygulamaktadır (8). Özyazıcıoğlu ve Polat'ın çalışmasında annelerin %71,6'sı müshil ilacı içirmekte, anüse zeytinyağı sürmekte ve katı yağ, sabun, fitil uygulamaktadır. Özyazıcıoğlu ve Polat'ın belirttiğine göre, Özcan annelerin %24,6'sının fitil kullandıklarını, Yalın ise annelerin %47'sinin sabunu fitil olarak uyguladıklarını bulmuştur (16). Geçmiş yıllarda yapılan çalışmalarda geleneksel yöntemlerin daha fazla uygulandığını, günümüzde ise annelerin daha çok bebeklerini doktora götürmeyi tercih ettiklerini görmekteyiz.

Araştırmaya katılan annelerin %49,3'ü bebekleri ateşlenince ateş düşürücü ilaç vermekte, %28'i bebeğin vücuduna sirke sürmektedir. Dinç'in çalışmasında annelerin %58'i ateş düşürücü ilaç verirken, %23'ü soğuk uygulama yapmaktadır (6). Özyazıcıoğlu ve Polat'ın çalışmasında ise annelerin %72,8'i ateş düşürücü ilaç vermekte, %25'i ılık uygulama yapıp, çocuğu doktora götürmekte, %2,2'si ise çocuğun vücuduna aspirin, limon ve sirkeyi karıştırıp sürmektedir (16). Kahriman'ın çalışmasında annelerin %32,5'i ilaç vermekte, %31,3'ü soğuk uygulama yapmakta, %14,5'i ılık banyo yaptırmaktadır (8). Yapılan çalışmalarda annelerin ateş durumunda öncelikle ateş düşürücü ilaç verdiği görülmektedir. Ateş düşürücüler doktor istemine uygun olarak kullanılmalıdır. Ateş, enfeksiyonun birincil bulgusu olduğundan, altta yatan neden araştırılmadan ve bebek doktora götürülmeden ateş düşürücü ilaç kullanımı yanlış bir uygulamadır.

Araştırmaya katılan annelerin %67,3'ü bebekleri öksürünce doktora götürmekte, %16'sı ise bebeklerinin sırtına gazyağlı gazete sarmaktadır. Biltekin ve ark.'nın çalışmalarında annelerin %34'ü sırta yada göğse çeşitli karışımlar (bal, pekmez, aspirin, zeytinyağı, kolonya..) sürülmüş gazete koyduklarını belirtmişlerdir (4). Özyazıcıoğlu ve Polat'ın çalışmalarında annelerin %65,4'ü çocuğa öksürük şurubu vermekte, %18,9'u doktora götürmekte, %12,1'i çocuğun sırtına, göğsüne yün ve gazete koymakta, çocuğa pekmez, bal, nane, limon ve zeytinyağı içirmekte, %3,6'sı ise kadercı bir yaklaşımla çocuğun kendiliğinden iyileşmesini beklemektedir (16). Özyazıcıoğlu ve Polat'ın belirttiğine göre, Aksayan'ın çalışmasında annelerin %44,2'si öksürüğü iyileştirmek amacı ile çocuğun sırtına ve göğsüne bal, nane, gazyağı ve ispirto gibi çeşitli maddeler sürmektedir (16). Hastalık

durumunda geleneksel uygulamalar yapılarak beklenilmesi çocuklarda kliniğin kötüleşmesine neden olabilir. Böyle durumlarda geç kalınmadan bebeğin doktora götürülmesi ve ailelerin bu konuda bilinçlendirilmesi önemlidir.

Araştırmada annelerin %32,7'si bebeklerinin karın ağrısı ve gaz problemi olduğunda doktora götürmekte, %21,3'ü bitki çayları içirmekte, %19,3'ü bebeklerinin sırtını sıvazlayarak masaj uygulamaktadır. Çalışkan'ın yaptığı çalışmada bebeklerin gaz problemi olduğunda annelerin %84,7'si gaz giderici damlalar vermekte, % 13,8'i ise rezene, anason, papatya gibi bitki çayları içirmektedirler (10). Çiftçi'nin yaptığı çalışmada annelerin %80,9'u masaj yapmakta, %65,2'si gaz giderici ilaç vermekte, %50,4'ü doktora götürmekte, %44,7'si şerbet içirmekte, %41,1'i sıcak uygulama yapmaktadır (19). Karın ağrısı ve gaz problemi bebeklerde sıkça karşılaşılan bir durumdur. Masaj uygulaması karın ağrısı ve gaz problemlerinin giderilmesinde ve semptomların hafifletilmesinde etkili bir yöntemdir. Doktor önerisi dışında ilaçlar vermek ya da miktarlarını ayarlanmadan bitki çayları içirmek bebeğe zarar verebilir. Bu konuda ailelere eğitim verilmelidir.

Araştırmaya katılan annelerin %51'i bebekleri pişik olunca pişik kremi kullanmakta, %28,2'si zeytinyağı sürmektedir. Çalışkan'ın yaptığı çalışmada annelerin %92,6'sı pişik kremi sürmekte, %15,7'si pudra kullanmakta, %12,7'si zeytinyağı sürmektedir (10). Eğri'nin çalışmasında annelerin %43,3'ü pudra sürmekte, %41,6'sı zeytinyağı sürmekte, %40,3'ü krem sürmektedir (20). Çalışkan ve Bayat'ın çalışmalarında annelerin %92,6'sı pişik kremi sürmekte, %15,7'si pudra kullanmakta, %12,7'si zeytinyağı sürmektedir (21). Pişik, idrardaki amonyanın ve dışkının bebeğin derisini tahriş etmesi ile oluşan kızarıklıklardır. Basit önlemlerle önlenabilir ancak iyileşmeyen pişiklerde hekime başvurulmalıdır (21,22). Çalışmamızda pişik bakımına yönelik yüksek oranda pişik kremi kullanma, zeytinyağı sürme saptanmıştır. Bunlar doğru birer yaklaşımdır fakat konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda pudra kullanmadan söz edilmektedir. Pudra kullanımı aspirasyon ve akciğer problemleri yaratacağından yanlış bir uygulamadır. Pudranın günümüzde halen kullanılıyor olması, annelerin bu konudaki bilgi eksikliğini düşündürmektedir.

Araştırmada bebeklerde pamukçuk olduğunda annelerin %50'si bebeğin ağzına soda sürmekte, %18,7'si ise doktora götürmektedir. Çalışkan'ın yaptığı çalışmada annelerin %69,4'ü karbonatlı su ile bebeğin ağzını silmekte, %27,5'i ise doktor önerisine göre ilaç vermektir (10). Eğri'nin çalışmasında annelerin %61,6'sı bebeğin ağzına soda sürmekte, %17,2'si şeker sürmekte, %9,1'i ise kadın saçı sürmektedir (20). Özyazıcıoğlu ve Polat'ın

çalışmalarında annelerin %30,8'i doktora başvurmakta, %35,9'u bikarbonatla ağız bakımı yapmakta, %17'si lezyonları kendi saçları ile silmekte, %16,3'ü lezyon alanına anne sütü, un, sarımsak veya şeker tozu sürmektedir (16). Pamukçuk, bebeklerde sık görülen ve beslenmelerini olumsuz etkileyen, iyi bir bakımla önlenmesi mümkün bir sorundur. Çalışmamızda annelerin yüksek oranda karbonatlı su/soda ile bebeklerinin ağızını sildiği bulunmuştur. Bu olumlu bir davranıştır. Fakat annelerin kolay önlenebilir pamukçuk için, bebeklerini doktora götürmeleri ve öneriyle ilaç vermeleri sorunu çözemediklerini ve bebek bakımı konusunda bilgisiz olduklarını göstermektedir.

Çalışmamızda bebekler ağladığında susturmak için annelerin %54'ü emzirmekte, %19,3'ü dua etmektedir. Annelerin %48'i bebeğinin ağlamamasını, %30,7'si ise uyumasını sağlıklı olarak nitelendirmektedir. Annelerin %50'si bebeği hastalandığı zaman hemen doktora götürmekte, %48,7'si ise 2-3 gün bekledikten sonra, iyileşmezse doktora götürmektedir. Dinç'in çalışmasında annelerin %52,5'i bebekleri hastalandığı zaman hemen, %47,5'i ise 2-3 gün bekler, iyileşmez ise doktora götürmektedir (6).

Araştırmaya katılan annelerin %86'sı nazara inanmaktadır. İnananların %46,4'ü çocuklarına nazarlık takmakta, %29,6'sı ise nazardan korunmak için dua etmektedir. Bölükbaş ve ark.'nın çalışmalarında bebeklerini nazardan korumak için annelerin %42,4'ü dua okumakta, %26,6'sı mavi boncuk takmaktadır (14). Eğri ve Gölbaşı'nın çalışmalarında annelerin %93,3'ü bebeğini nazardan korumak için, %92,3'ü ise bebeğinin nazara uğradığını düşündüğünde bunu gidermek için geleneksel uygulamaya başvurmaktadır. Annelerin %84,7'si bebeklerini nazardan korumak için dua okumaktadır (15). Eğri'nin çalışmasında bebeği nazardan korumak için annelerin %84,7'si dua okumakta, %56'sı göz boncuğu takmakta, %34,8'i mavi boncuk takmaktadır (20). Annelerin geleneksel inancını yansıtan çeşitli uygulamalar yapmaları rahatlatıcı ve spiritüel uygulamalar sayılabilir fakat hastalık ve belirtilerinin nazar değmesi şeklinde yorumlanıp, çocuğu herhangi bir sağlık kuruluşuna götürmek yerine çeşitli geleneksel uygulamalara başvurulması bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek bir sonuçtur.

Araştırmamızda annelerin %6'sı farklı geleneksel uygulamalara başvurduklarını belirtmişlerdir. Farklı geleneksel uygulamalara başvuran annelerin % 33,3'ü kulak ağrısına anne sütü damlatma, %33,3'ü hıçkırık durumunda limon suyu verme, % 22,3'ü bebeğin güzel kokması için ilk banyosunda bal sürme gibi uygulamalar yaptığı bulunmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma kapsamına alınan annelerin son hamileliğinde en az bir kez doktor kontrolüne gittiği ve bu kontroller sırasında bebek bakımı konusunda bilgi aldığı görülmüştür. Ancak yapılan eğitimlere rağmen annelerin yaşlarının küçük olması, eğitim seviyelerinin düşük olması ve bebek bakımında ailelerin etkisinin yüksek olması sebebiyle geleneksel yöntemleri yaygın olarak kullandıkları görülmüştür.

Çocuk sağlığını olumsuz etkileyebilecek geleneksel sağlık uygulamalarının birinci basamakta görev yapan sağlık personelleri özellikle ebe ve hemşireler tarafından belirlenerek halkın eğitim seviyesi, inançları, gelenek ve görenekleri dikkate alınarak etkili sağlık eğitimlerinin verilmesi ve yanlış uygulamaların değiştirilmeye çalışılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- 1.Accorsi S., Fabrani M., Ferrarese N, Iriso R., Lukwiya M., Declich S. The Burden of Traditional Practices, Ebino and Tea- tea, On Child Health in Northein Uganda, Social Science&Medicine, 2003, 57, 2183-2191
- 2.Geçkil E.,Şahin T.,Ege E. Tarditional Postpartum Practices of Women and Infants and Factors İnfluencing Such Practices in South Eastern Turkey, Midwifery, 2007, 1-10
- 3.Işık M.T., Akçınar M., Kadioğlu S. Mersin İlinde Gebelik, Doğum ve Loğusalık Dönemlerinde Anneye ve Yenidoğana Yönelik Geleneksel Uygulamalar, Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi, 2010, 7 (1), 63-84.
- 4.Biltekin Ö., Boran Ö., Denkli M., Yalçınkaya S. Naldöken Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-11 Aylık Bebeği Olan Annelerin Doğum Öncesi Dönem ve Bebek Bakımında Geleneksel Uygulamaları, Sted, 2004, 13 (5), 166-168
- 5.Cora Bramble C., Tielman F, Wright J. Traditional Practice, “Folk Remedies” and Western Biomedical Model; Bridging The Divide, 2006, 102-108
- 6.Dinç S. Şanlıurfa Merkezde Bulunan 4 Numaralı Sağlık Ocağına Kayıtlı 0-1 Yaşında Çocuğa Sahip Olan Annelerin Çocuklarının Bakımında Uyguladıkları Geleneksel Uygulamalar, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2005, 1 (2), 53-63
- 7.Yurdakul, M. Vural, G. Geleneksel Yöntem Kullanma Nedenleri ve Hemşirenin Aile Planlanması Hizmetlerinde Etkinliği, Sağlık ve Toplum Dergisi, 2001, 11 (1), 42-48

8.Kahriman İ. Trabzon İl Merkezinde 6-12 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Bebek Bakımına İlişkin Geleneksel Uygulamaları, Halk Sağlığı Anabilim dalı Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007, Trabzon

9.Yıldız A., Baran E., Akdur R., Ocaktan E., Kanyılmaz O. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-11 Aylık Bebekleri Olan Annelerin Emzirme Durumları ve Etkileyen Faktörler, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2008, 61 (2), 61-67.

10.Çalışkan Z., Bayat M. Annelerin Bebek Bakımı Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler: Bir Kapadokya Örneği, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011,14 (2), 23-30

11.Gölbaşı Z., Koç G. Kadınların Postpartum İlk 6 Aylık Süredeki Emzirme Davranışları ve Prenatal Dönemdeki Emzirme Tutumunun Emzirme Davranışları Üzerindeki Etkisi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2008, 15 (1), 16-31

12.Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-TNSA 2008 Sonuçları. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf> (Erişim: 29.09.2011)

13.Çetinkaya A., Özmen A., Cambaz S. Manisa'da Çocuğu Olan 15-49 Yaş Kadınların Doğum Sonu Dönemde Yeni doğan Sağlığı İle İlgili Geleneksel Uygulamaları, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008, 12 (2), 39-46

14.Bölükbaş N., Erbil N., Altunbaş H., Arslan Z. 0-12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Çocuk Bakımında Başvurdukları Geleneksel Uygulamalar, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2009, 6 (1), 164-176

15.Eğri G, Gölbaşı Z. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Doğum Sonu Dönemde Bebek Bakımına Yönelik Geleneksel Uygulamaları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni; 2007, 6 (5), 313-320

16.Özyazıcıoğlu N., Polat S. 12 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Bazı Sağlık Sorunlarında Başvurdukları Geleneksel Uygulamalar, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004, 7 (2), 30-38.

17.Perk Y. Yenidoğan Yoğun Bakım Enfeksiyonları; Korunma ve Kontrol, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 2008, 60, 137-141.

18.Gölbaşı Z, Eğri G. Doğum Sonu Dönemde Annenin Bakımına Yönelik Yapılan Geleneksel Uygulamalar, Cumhuriyet Tıp Dergisi, 2010, 32, 276-282

19.Çiftçi E.K. 1-3 Aylık Bebeklerde Gaz Sancısı, Etkileyen Faktörler ve Annelerin Bu Konudaki Uygulamaları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005,Erzurum

20.Eğri G. Tokat İli Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek Bakımına Yönelik Geleneksel Uygulamaları, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006, Sivas.

21.Çalışkan Z., Bayat M. Annelerin Bebek Bakımı Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler: Bir Kapadokya Örneği, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011, 14 (2), 23-30

22.Gözen D., Çağlar S., Doğan Z. 0-24 Ay Arası Bebeği Olan Annelerin Pişiği Önleme ve Bakımına Yönelik Uygulamaları, İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2011, 19 (1), 17-22

AFYON İLİNDE HALKIN VE AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ORGAN BAĞIŞI KONUSUNA İLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sevda EFİL¹, Şengül ŞİŞE², Hanife ÜZEL³, Olcay ESER⁴

ÖZET

Bu çalışmayla Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan sağlık personelinin ve Tıp Fakültesi Beyin Cerrahi polikliniğine başvuran hastaların organ ve doku bağışı ile ilgili bilgisini ölçmeyi ve organ bağışı eksikliğinin nedenlerini belirleyerek organ bağışını arttırmanın yollarını bulmayı amaçladık. Çalışmaya 01 Eylül-30 Kasım 2011 tarihleri arasında Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapmakta olan 150 (%49) sağlık personeli ve polikliniğe başvuran 156 (%51) hasta olmak üzere 306 kişi katıldı. Çalışmaya katılanlara içinde kişilerin sosyo-demografik bilgilerini de içeren organ ve doku bağışı ile ilgili bilgi ve tutumlarını içeren anket formu uygulandı. “Organ bağışı nedir?” ve “Beyin ölümü nedir?” sorusuna sırasıyla katılımcılardan 287 (%93,8) ve 286 (%93,5) kişi doğru yanıt verdi. Katılımcılardan 123 (%40,2) kişi organlarını bağışlamayı düşündüğünü, 63(%20,6) kişi düşünmediğini, 120 (%39,2) kişi de kararsız olduğunu söyledi. Organ bağışında bulunmak isteyenlerden 105 (%85,2) kişinin nedeni “hayat kurtarma ve iyileştirme düşüncesi” idi. Polikliniğe başvuranlardan 35 (%22,4) kişi dini inançları, sağlık çalışanlarından 34 (%23) kişi de cesedime müdahale yaptırmak istemiyorum nedenleriyle organ bağışında bulunmak istemiyorlardı. Tüm katılımcılardan 69 (%22,5) kişi “yakınınızın beyin ölümü gerçekleşmesi durumunda organlarınızı bağışlar mısınız?” sorusuna hayır cevabı verdi. Hayır diyenlerden 41 (%64,6) kişi neden olarak sorumluluk almayı istememelerini söyledi. Bu çalışmada beyin cerrahi poliklinik hastaları ve sağlık çalışanlarının organ bağışı ve beyin ölümü tanımını bilmelerine rağmen organ bağışı konusunda kesin fikir ve yeterli duyarlılığa sahip olmadığı görüldü. Organ bağışı konusunda istenen düzeye ulaşabilmek için toplumun her kesimine uygun bilgilendirmenin yapılması gerekmektedir. İnsanlar bilinçlendikçe organ bağışı sayısı artacaktır.

Anahtar Kelimeler: Organ ve Doku Bağışı, Organ Nakli, Sağlık Çalışanları

¹ Öğr. Grv. Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu

² Arş. Grv. Dr. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

³ Dr. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fak, Halk Sağlığı A.B.D.

⁴ Doç. Dr. Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fak, Nöroşirürji AD

İletişim/ Corresponding Author: Sevda EFİL

Tel: 0 286 218 1397 **e- posta:** sevda_efil@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 05.08.2012

Kabul Tarihi / Accepted : 10.05.2013

**EVALUATION OF KNOWLEDGE WITH REGARD TO ORGAN DONATION
AMONG THE HEALTH CARE PROFESSIONALS AT AFYON KOCATEPE
UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE AND OUTPATIENTS AT
NEUROSURGERY DEPARTMENT**

ABSTRACT

In this study, we aimed to evaluate the knowledge of organ and tissue donation and find the ways of increasing donation by specifying the reasons for the lack of donation on the health care professionals at Kocatepe University School of Medicine and outpatients of Neurosurgery. 150 (49 %) professionals and 156 (51 %) outpatients attended study between 01 September and 30 November 2011. A questionnaire form, including socio-demographic, evaluating information and attitudes about donation were applied. The questions “What is organ donation and brain death” were responded correct respectively 287 (93.8 %), 286 (93.5 %). 123 (40.2 %) of all participants were thinking, 63 (20.6 %) were not thinking, 120 (39.2 %) were not sure to donate. The reason for donation 105 (85.2 %) people who thinking were the “idea of life-saving and improvement”. 35 (22.4 %) of outpatients because of the reason ‘religious faith’, while 23 % of professionals because of the reason ‘do not want to have body intervention’ do not want to donate. 69 (22.5 %) of all participants responded the question ‘do you donate of your relative in the event of brain death’ no and 41 (64.6 %) participants who say no emphasized the reason ‘no take responsibility’. This study showed that outpatients and professionals know the definition of brain death and donation even though they do not have idea and sensitivity. In order to achieve the desired level of donation appropriate information should be made society. The number of donation will increase by people informed.

Key words: Organ And Tissue Donation, Organ Transplantation, Health Care Professionals

GİRİŞ

Organ veya doku nakli, işlevini yerine getiremeyen bir organın yerine canlı bir vericiden veya ölüden alınan sağlam ve aynı görevi üstlenecek bir organın veya dokunun nakledilmesi işlemidir. Günümüzde birçok kronik organ hastalıklarında uygulanan rutin, geçerli ve ileri bir tedavi yöntemi olarak organ nakli tercih edilmektedir (1-11). Organ nakli, organ yetmezliği olan hastaların yaşam kalitesini yükseltebilir (10,12). Organ nakli konusunda büyük gelişmelere neden olan en önemli aşamalardan biri kuşkusuz organ bağışdır (10,13).

Organ bağış; kişi hayatta iken, serbest iradesi ile tıbben yaşamı sona erdikten sonra doku ve organlarının başka hastaların tedavisi için kullanılmasına izin vermesi ve bunu belgelendirmesidir (7,9). Ülkemizde kalp, akciğer, böbrek, karaciğer ve pankreas gibi organlar; kalp kapağı, gözün kornea tabakası, kas ve kemik iliği gibi dokular başarıyla nakledilebilmektedir (6,7).

Dünyada ilk başarılı organ naklini 1954'de Boston'da Peter Bent Brigham Hastanesi'nde Joseph E. Murray kadavradan böbrek nakli yaparak gerçekleştirmiş ve hasta 8 yıl yaşamıştır. İlk karaciğer naklini ise 1963'te Thomas Starzl gerçekleştirmiştir (8,14). İlk başarılı kalp nakli ise 1967 yılında Cape Town (Güney Afrika' da) Groote Schuur Hastanesinde Dr. Christian Barnard tarafından yapılmış ve hasta 18 gün yaşamıştır (8,15), Dr. Bruce Reitz 1981 yılında insan da ilk kalp-akciğer naklini yaparak hastasını 5 yıl yaşatabilmiştir (8,16).

Türkiye'de ilk kez 22 Kasım 1968'de Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi'nde Dr. Kemal Beyazıt tarafından kalp nakli yapılmış ancak hasta kaybedilmiştir. İlk başarılı organ nakli ise 3 Kasım 1975 yılında Dr. Mehmet Haberal ve ekibince Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde bir anneden oğluna yapılan canlıdan canlıya böbrek nakli olmuştur. Bunu 1978 yılında aynı ekibin kadavradan yaptığı ilk böbrek nakli izlemiştir (7,8,17-19).

Ülkemizde organ bağışıyla ilgili çalışmalar ve uygulamalar 29/05/1979 tarih ve 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli yasasına göre yapılmaktadır. Yasaya göre yeni doğmuşta 60 yaşa kadar olan ölülerden organ alınabildiği gibi, 18 veya üstünde bir yaşta olup akli dengesi yerinde olan herkes organ bağışında bulunabilir (9,11,18,20). Bu yasa 2000 yılında "Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği" ile güncellenmiştir ve bu bağlamda Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi kurulmuştur (ONKOS) (18,21).

Ölüden organ veya doku alınabilmesi için gerekli olan ilk ve asli şart bağışçının ölmüş olmasıdır. 2238 sayılı Organ Nakli Kanunu'nun 11. maddesinde “tıbbi ölüm hali, ülkede ulaştığı düzeydeki kuralları ve yöntemleri uygulanmak suretiyle, biri kardiyolog, biri nörolog, biri nöroşirürjiyen ve biri de anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanından oluşan dört kişilik hekimler kurulunca oybirliği ile saptanır” denilmiştir (22).

Organ bekleyen hastaların sayısının her geçen gün arttığı ülkemizde toplumun organ nakli konusunda bilinçlenmesini sağlamak, bu konuda çalışmalar yapmak zorunlu hale gelmiştir (8,11). Organ bağışi ve nakillerinin yapılabilmesi için, toplum bu konuda bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirmede sağlık çalışanlarına büyük bir görev düşmektedir (10,23).

Sağlık profesyonellerinin organ bağışi çalışmalarına katkılarının yeterli düzeyde olmadığını ortaya koyan araştırmalar bulunmaktadır (10,24,25). Bu noktadan hareketle; AKÜ Tıp Fak. Sağlık çalışanlarının ve Afyon halkının organ nakli ve bağışi konusundaki bilgi ve düşüncelerini belirlemek amacıyla bu araştırma gerçekleştirilmiştir.

MATERYAL VE METOT

Bu çalışma 01 Eylül-30 Kasım 2011 tarihinde Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKÜ) Tıp Fak hastanesinde yapılmıştır. Çalışmaya beyin cerrahi polikliniğine başvuran 156 hasta (Afyon Halkı), 150 sağlık çalışanı alınmıştır. 1.grup Afyon halkı, 2.grup Sağlık çalışanları olarak değerlendirmeye alınmıştır. Grup 1 ve Grup 2'ye organ bağışi-nakli ile ilgili bilgi ve tutumlarını ölçmeye yönelik anket formu uygulanmıştır. Anket formu sosyo-demografik özellikleri ve organ-doku bağışi ve beyin ölümü ile ilgili bilgi ve düşüncelerini değerlendiren sorulardan oluşmaktadır. Grup 1'e 22, Grup 2'ye 28 sorudan oluşan anket formu, organ bağışi ile ilgili yapılan çalışmalar değerlendirilerek oluşturulmuştur (7-11,26). Grup 2'ye mesleki süre ve çalıştığı bölüm diğer gruptan farklı olarak sorulduğu için, “Hasta yakınlarının beyin ölümünü anlamakta güçlük çektiğini düşünüyor musunuz?” gibi mesleki sorulardan dolayı iki grup arasındaki soru sayıları farklıdır. Tüm katılımcılar mesleklerine göre grup 1 çalışmayan (ev hanımı, emekli, öğrenci), grup 2 diğer çalışan (serbest meslek, memur), grup 3 sağlık çalışanları (hekim, hemşire, ebe-hemşire) olarak gruplandırıldı. Yine tüm katılımcılar eğitim durumlarına göre grup 1 ilköğretim ve diğeri (okur yazar değil, ilköğretim mezunu), grup 2 lise ve dengi okul mezunu, grup 3 lisans ve üzeri (yüksek lisans, doktora, öğretim üyesi) olarak gruplandırıldı. Gruplandırmalar istatistiksel olarak ki-kare testinin anlamlı olması için

yapıldı. Alınan tüm veriler SPSS 17.0 programına aktarılarak karşılaştırma için Ki-Kare testi yapıldı ve değerlendirmede $p < 0,05$ olan sonuçlar anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Tüm katılımcıların %51 grup 1 (Afyon halkı), %49 grup 2 (Sağlık Çalışanları) idi. Tüm katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini değerlendirdiğimizde kadın %53,6, lisans ve üzeri eğitim mezunu %63,4, 20-29 yaş arası katılanlar %46,1 ve evli olanlar %64,1 ile çoğunluğu oluşturmaktaydı (**Tablo 1**).

Tablo1. Araştırmaya Katılanların Sosyo-demografik Özellikleri

ÖZELLİK	Grup	Afyon halkı		Sağlık çalışanı		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	56	18.3	108	35.3	164	53.6
	Erkek	100	32.7	42	13.7	142	46.4
	Toplam	156	51.0	150	49.0	306	100.0
Eğitim durumu	Okuryazar olmayan ve ilköğretim	49	16.0	0	0.0	49	16.0
	Lise	56	18.3	7	2.3	63	20.6
	Lisans ve üzeri	51	16.7	143	46.7	194	63.4
	Toplam	156	51.0	150	49.0	306	100.0
	19yaş ve altı	9	2.9	0	0.0	9	2.9
Yaş	20-29yaş	52	17.0	89	29.1	141	46.1
	30-39yaş	51	16.7	56	18.3	107	35.0
	40 ve üstü	44	14.4	5	1.6	49	16.0
	Toplam	156	51.0	150	49.0	306	100.0
Medeni durum	Evli	107	35.0	89	29.1	196	64.1
	Bekar	45	14.7	60	19.6	105	34.3
	Dul	2	0.7	1	0.3	3	1.0
	Boşanmış	2	0.7	0	0.0	2	0.7
	Toplam	156	51.0	150	49.0	306	100.0

Tüm katılımcıların organ bağışında bulunmak istemelerini sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırdığımızda; evet diyenlerde kadın oranı %25,8, sağlık çalışanları %25,2, lisans mezunu %28,4 çoğunluğu oluşturmaktaydı Organ bağışında bulunmak

istemeleri eğitim durumlarına göre karşılaştırdığımızda anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), meslek ve eğitim durumlarına göre fark anlamlı idi ($p<0,05$) (**Tablo 2**).

Tablo 2. Organ Bağışında Bulunmak İstemenin Bazı Sosyo-demografik Özellikler İle Karşılaştırılması

Özellikler		Organ bağışında bulunmak isteme								P
		Evet		Hayır		Kararsız		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	79	25,8	26	8,5	59	19,3	164	53,6	0,006
	Erkek	44	14,4	37	12,1	61	19,9	142	46,4	
	Toplam	123	40,2	63	20,6	120	39,2	306	100,0	
Meslek	Çalışmayan	21	6,9	25	8,2	35	11,4	81	26,5	0,010
	Sağlık çalışanı	25	8,2	10	3,3	19	6,2	54	17,6	
	olmayanlar	77	25,2	28	9,2	66	21,6	171	55,9	
	Toplam	123	40,2	63	20,6	120	39,2	306	100,0	
Eğitim durumu	Okuryazar olmayan ve İlköğretim	14	4,6	14	4,6	21	6,9	49	16,0	0,060
	Lise	22	7,2	18	5,9	23	7,5	63	20,6	
	Lisans ve üzeri	87	28,4	31	10,1	76	24,8	194	63,4	
	Toplam	123	40,2	63	20,6	120	39,2	306	100,0	

Tüm katılımcıların çoğunluğu Organ bağışı (%93,8) ve Beyin ölümü (%93,5) tanımlarına doğru cevap vermiştir. Çalışmamızda tüm katılımcıların %49'u organ bağışı konusunda yeterli bilgisinin bulunduğunu belirtmiştir (**Tablo 3**).

Tüm katılımcıların %96,7'sinde "organ bağış kartı" bulunmazken, %3,3'ün organ bağış kartı bulunmaktadır (**Tablo 3**).

Tüm katılımcılar organ bağışı konusundaki bilgileri %49,3 sağlık kuruluşu, %44,8 televizyon, %38,6 internetten edinenler çoğunluğu oluşturmaktadır (**Tablo 3**).

Tablo 3. Katılımcıların Organ Bağışı İle İlgili Bilgi, Tutum ve Düşünceleri

	n	%
Sizce organ bağışı nedir?		
Kişi hayatta iken, serbest iradesi ile tıbben yaşamı sona erdikten sonra doku ve organların başka hastaların tedavisi için kullanılmasına izin vermesidir.	287	93,8
Canlı birinin ihtiyacı olan bir yakınına organlarından birisini vermesidir.	5	1,6
Görev yapamayacak kadar hasta ve hatta bedene zararlı gelen bir organın bir yenisi ve sağlamı ile değiştirilmesidir.	4	1,3
Bilmiyorum	10	3,3
Sizce beyin ölümü nedir?	n	%
Beyin fonksiyonlarının tamamen ve geri dönüşümsüz olarak kaybolmasıdır.	286	93,5
Kalp fonksiyonlarının durmasıdır.	1	0,3
Bilmiyorum	19	6,2
Organ bağışı hakkında yeterli bilginiz var mı?	n	%
Evet	150	49
Hayır	156	51
Organ bağış kartınız var mı?	n	%
Evet	10	3,3
Hayır	296	96,7
Organ bağışı hakkındaki bilgilerinizi nereden edirsiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)	n	%
Gittiğim sağlık kuruluşu	151	49,3
Televizyon	137	44,8
İnternet	118	38,6
Gazete	52	17
Afiş/Pano	19	6,2
Radyo	16	5,2
Hangi birim/birimlerden organ bağış kartı alınır?	n	%
Üniversite Hastanesi	253	82,7
Devlet Hastanesi	99	32,4
İl Sağlık Müdürlükleri	65	21,2
Aile Hekimliği	23	7,5
Dispanserler	11	3,6
Özel Poliklinik	5	1,6
Dini inançlar organ bağışına engel midir?	n	%
Evet	64	20,9
Hayır	179	58,5
Kararsız	63	20,6
Sizce hangi organlar bağışlanabilir? (kalp, akciğer, karaciğer, kornea, kalp kapağı, böbrek, pankreas, ince bağırsak şıklarının hepsi)	n	%
Evet	182	59,5
Hayır	124	40,5
Bir yakınınızın ölümü halinde organlarının bağışlanmasını kabul eder misiniz?	n	%
Evet	100	32,7
Hayır	69	22,5
Kararsız	137	44,8
Bir yakının ölümü halinde organlarını bağışlamayı kabul etmeyenlerin nedeni? (sadece hayır cevabını verenler)	n	%
Sorumluluk alma istememe	133	43,5
Dini nedenler	17	5,6
Olayın ticari yönden kullanılabilme düşüncesi	9	2,9
Cesedine herhangi bir müdahale yapılmasını istememe	33	10,8
Beyin ölümü kriterlerine güven duymama	14	4,6
Madde bağımlılığı, alkol ve bunun gibi isteyerek kendine zarar vererek yetmezliğe giren hastalara organ nakli yapılmalı mıdır?	n	%
Evet	104	34
Hayır	143	46,7
Kararsız	59	19,3

Tüm katılımcıların çoğunluğu “Hangi birim/birimlerden doku ve organ bağış kartı alınır” sorusuna %82,7 üniversite hastanesi, %32,4’ü devlet hastanesi, %21,2 İl Sağlık Müdürlüklerine yapılabileceğini belirtmişlerdir (**Tablo 3**). Bu soruya üniversite hastanesi, devlet hastanesi ve İl Sağlık Müdürlüğü şıklarının üçünü birden işaretleyerek tam doğru cevap verenlerin tüm katılımcılarda %9,5, Grup 1 %27,6, Grup 2 %72,4’tür. İki grup arasındaki fark anlamlı idi ($p<0,05$).

Tüm katılımcıların “Dini inançlar organ bağışına engel midir” sorusuna %20,9’u evet, %58,5’i hayır, %20,6’sı kararsız olduklarını belirtmişlerdir (**Tablo 3**).

Tüm katılımcıların “Sizce hangi organlar bağışlanabilir” sorusuna; kalp, akciğer, karaciğer, kornea, kalp kapağı, böbrek, pankreas, ince bağırsak şıklarının tümünü işaretleyerek doğru cevap verenlerin oranı %59,5’tir (**Tablo 3**).

Tüm katılımcıların “Bir yakınınızın ölümü halinde organlarının bağışlanmasını kabul eder misiniz?” sorusuna %32,7 evet, %22,5 hayır, %44,8 kararsız olduklarını belirtmişlerdir (**Tablo 3**).

Tüm katılımcılara bir yakınlarının ölümü halinde organların bağışlanmasını kabul etmek istemeyenler ile kararsız olanlara ($n=206$, %67,3) nedenini sorduğumuzda çoğunluğu sorumluluk almayı istememe (%43,5) olduğunu belirtti. Diğer nedenler sırasıyla %10,8’i “cesedine herhangi bir müdahale yapılmasını istememe”, %5,6 “dini nedenler”, %4,6’sı “beyin ölümü kriterlerine güven duymama”, %2,9’u “olayın ticari yönden kullanılabilme düşüncesi” olduğunu belirtmişlerdir (**Tablo 3**). Sorumluluk almayı istememelerini gruplara göre karşılaştırdığımızda Grup 1’de %55,2, Grup 2’de %72,7’dir. İki grup arasındaki fark anlamlı idi ($p<0,05$).

Tüm katılımcıların “Madde bağımlılığı, alkol ve bunun gibi isteyerek kendine zarar vererek yetmezliğe giren hastalara organ nakli yapılmalı mıdır?” sorusuna %34’ü yapılmalı, %46,7’si yapılmamalı, %19,3’ü kararsız olduklarını ifade etmişlerdir (**Tablo 3**). Madde bağımlılığı, alkol ve bunun gibi isteyerek kendine zarar vererek yetmezliğe giren hastalara organ nakli yapılmalı mı sorusunu gruplar arasında karşılaştırdığımızda Grup 1 %25,6’sı evet, %53,2’si hayır, %21,2’si kararsız olduklarını, Grup 2 %42,7’si evet, %40’ı hayır, %17,3’ü kararsız olduklarını belirtmişlerdir. İki grup arasında anlamlı fark vardı ($p<0,05$).

Tablo 4. Katılımcıların Organ Bağışı Hakkında Bazı Konulardaki Düşünceleri

Özellikler		Grup 1		Grup 2		P
		n	%	n	%	
Organ bağışında bulunmak isteme	Evet	58	37,2	65	43,3	0,32
	Hayır	37	23,7	26	17,3	
	Kararsız	61	39,1	59	39,3	
Organ bağışında bulunmak isterse ilk ne yapması gerektiğini bilme	Evet	41	26,3	75	50	0,00
	Hayır	115	73,7	75	50	
Yakınının ölümü halinde organ bağışını kabul etme	Evet	60	38,5	40	26,7	0,02
	Hayır	38	24,4	31	20,7	
	Kararsız	58	37,2	79	52,7	
Kalp, akciğer, ince bağırsak, böbrek, karaciğer, kornea, kalp kapakçığının hepsinin bağışlanabileceğini düşünme	Evet	81	51,9	101	67,3	0,006
	Hayır	75	48,1	49	32,7	
Organ bağış kartı olanlar	Evet	5	3,2	5	3,3	0,95
	Hayır	151	96,8	145	96,7	
Organ bağışına dini inançlar engel mi	Evet	36	23	28	18,6	0,90
	Hayır	82	52,6	97	64,7	
	Kararsız	38	24,4	25	16,7	

Organ bağışında bulunmak isteyenler Grup 1 %37,2, Grup 2 %43,3 idi. İki grup arasındaki fark anlamlı değildi ($p>0,05$). Organ bağışında bulunmak isterse ilk ne yapması gerektiğini bilme Grup 1 %26,3, Grup 2 %50 idi. İki grup arasındaki fark anlamlı idi ($p<0,05$) (**Tablo 4**).

Yakınının ölümü halinde organ bağışını kabul edenlerin oranı Grup 1'de %38,5, Grup 2 %26,7 idi. İki grup arasındaki fark anlamlı idi ($p<0,05$) (**Tablo 4**).

Kalp, akciğer, ince bağırsak, böbrek, karaciğer, kornea, kalp kapakçığının hepsinin bağışlanabileceğini düşünme Grup 1 % 51,9, Grup 2 % 67,3 idi. İki grup arasındaki fark anlamlı idi ($p<0,05$) (**Tablo 4**).

Organ bağış kartı bulunanlar Grup 1'de % 3,2, Grup 2'de % 3,3'tür. Gruplar arasında fark yoktur ($p>0,05$) (**Tablo 4**).

“Dini inançlar organ bağışına engel midir” Grup 1’in %23, Grup 2’nin %18,6’sı dini yönden sakınca olduğunu belirtmişlerdir. İki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (**Tablo 4**).

Tablo 5. Katılımcıların Organlarını Bağışlamayı Düşünenler ile Organ Bağışlamayı Düşünmeyenlerin İfade Ettikleri Nedenler

Organlarını Bağışlama Nedeni	Afyon halkı		Sağlık çalışanı		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Bir hayat kurtarma ve iyileştirme düşüncesi	106	43,6	101	41,6	207	85,2
Bağış yaptığımız için kendinizi psikolojik bakımdan daha iyi hissedebileceğinize inanma	0	0,0	1	0,4	1	0,4
İnsanın bir parçasının kendisi öldükten sonrada yaşamaya devam etmesi fikri	4	1,6	4	1,6	8	3,3
Gelecekte kendiniz ya da bir yakınınızın da organ alıcısı durumuna gelebileceği düşüncesi	9	3,7	18	7,4	27	11,1
Toplam	119	49,0	124	51,0	243	100,0
Organlarını Bağışlamama Nedeni	Afyon halkı		Sağlık çalışanı		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Dini inancım nedeniyle	41	22,4	3	1,6	44	24,0
Olayın ticari meta olarak kullanılma korkusu	24	13,1	23	12,6	47	25,7
Cesedime müdahale yaptırmak istemiyorum	24	13,1	42	23,0	66	36,1
Ailemin izin vermeyeceğini düşünüyorum	3	1,6	4	2,2	7	3,8
Acil bir durumda yanımda organ bağış kartım olması halinde tedavimin eksik yapılabileceği veya ölümümün kolaylaştırabileceği düşüncesi	6	3,3	13	7,1	19	10,4
Toplam	98	53,6	85	46,4	183	100,0

Tüm katılımcıların “Organ bağışında bulunmak istemelerinin nedenini” %85,2 ile “hayat kurtarma ve iyileştirme düşüncesi” oluşturmaktadır. Grup 1’in %43,6 “bir hayat kurtarma ve iyileştirme düşüncesi”, %1,6 “insanın bir parçasının kendisi öldükten sonra

devam edeceği düşüncesi”, %3,7 “gelecekte kendisi veya bir yakının organ ihtiyacı olabileceği” düşüncesini belirtmişlerdir. Grup 2’de %41,6 “bir hayat kurtarma ve iyileştirme düşüncesi”, %0,4 “bağış yaptığında kendisini psikolojik olarak daha iyi hissettiği”, %1,6 “insanın bir parçasının kendisi öldükten sonra devam edeceği” düşüncesi, % 7,4 “gelecekte kendisi veya bir yakının organ ihtiyacı olabileceği düşüncesi” oluşturmaktadır (**Tablo 5**).

Tüm katılımcıların “Organ bağışında bulunmak istememe nedenini” %36,1 ile “cesedime müdahale yaptırmak istemiyorum” oluşturmaktaydı. Grup 1’in %22,4 “dini inancım” nedeniyle, %13,1 “olayın ticari meta olarak kullanılma korkusu”, %13,1 “cesedime müdahale yaptırmak istemiyorum”, %1,6 “ailemin izin vermeyeceğini düşünüyorum”, %3,3 “acil bir durumda yanımda organ bağış kartım olması halinde tedavimin eksik yapılabileceği veya ölümümün kolaylaştırabileceği” belirtmişlerdir. Grup 2’nin %1,6 “dini inancım” nedeniyle, %12,6 “olayın ticari meta olarak kullanılma korkusu”, %23 “cesedime müdahale yaptırmak istemiyorum”, %2,2 “ailemin izin vermeyeceğini düşünüyorum”, %7,1 “acil bir durumda yanımda organ bağış kartım olması halinde tedavimin eksik yapılabileceği veya ölümümün kolaylaştırabileceği” nedenleri ile organ bağışında bulunmayı istemediklerini belirtmişlerdir (**Tablo 5**).

Yaptığımız anket çalışmasında; Grup 2’ye organ bağış kartı alabilmek için gerekli olan şartları sorduğumuzda %9,2’si sağlık raporu ve %1,3 doktorunun bilgisi ile yanlış cevabını vermiştir. Grup 2’nin çoğunluğu (%78,7) “nüfus bilgilerini içeren kimlik” ve “18 yaşını doldurmuş iki şahit” şıklarıyla doğru cevap vermiştir.

“Hangi şartlarda organ-doku nakli gerçekleştirilebilir” sorusuna Grup 2’nin %74’ü 1. dereceden iki yakının izni, %59,3 beyin ölümü şartı gerekli şıkkını işaretlemiştir. Grup 2’de 1.derece iki yakınının şahit olması ve beyin ölümünün gerçekleşmiş olması şıklarının ikisini işaretleyerek doğru yanıt verenlerin yüzdesi %34,7’dir.

Çalışmamızda Grup 2’nin %65,3’ü “beyin ölümünü gerçek ölüm” olarak kabul ederken, %34,7’si kabul etmemektedir.

“Gereksinim durumunda kendinize organ nakli yapılmasını kabul eder misiniz?” sorusuna Afyon halkı %76,3’ü evet, %23,7’si hayır demiştir. Afyon halkının meslek grupları (1,2,3) arasında ve eğitim grupları (1,2,3) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$, $p>0,05$).

Yaptığımız anket çalışmasında; Grup 2 “Hasta yakınlarının beyin ölümünü anlamakta güçlük çektiğini düşünüyor musunuz?” sorusuna %93,3’ü evet derken, %6,7’si hayır demiştir.

Grup 2 “Beyin ölümüne yaklaşımın eğitim ile değişebileceğine inanıyor musunuz?” sorusuna %82’si evet, %18’i hayır demiştir.

TARTIŞMA

Organ ve doku nakli ile tedavi edilebilmesi mümkün olan hastalıklar, tüm dünyanın olduğu gibi, ülkemizin de önemli sağlık sorunlarından birisidir. Organ bağıışı yetersizliği de tüm dünya için ortak bir sorundur (5,9,27,28). Yapılan çalışmalarda, organ nakilleri konusundaki önemli engellerden birinin organ bağıışındaki yetersizlik ya da yeterli sayıda organ bulunamayışı olduğu saptanmıştır (1-9).

Organ nakillerinde verici kaynağı canlı ve kadavra olarak ikiye ayrılmaktadır. Canlı kişilerden organ alınması, organ veren kişinin yaşamını riske sokmayacak çift organların birini almak ile mümkündür (böbrek, parça olarak karaciğer ve pankreas gibi.). Kadavradan organ alınması için ise vericinin beyin ölümü gerçekleşmiş ve organlarının kullanılabilir olması ayrıca gerekli yasal izinin alınmış olması gerekir. Organ bağıışındaki yetersizlik kadavra kaynaklı vericilerin sayıca artırılması ile mümkün olmakla birlikte ülkemizde bu çözüm hayata geçememektedir (10,13,26,29,30). Organ bağıışları, bir milyon nüfusa düşen kadavra donörlerle değerlendirilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bir milyonda 20-30 olan kadavradan organ bağıışı, İspanya’da 33,6, Belçika’da 25,2, Kanada’da 14,1, Fransa’da 16,2, Yunanistan’da 4,5, Ülkemizde ise 2,2’dir (6,10). Avrupa Ülkelerinde organ vericilerinin %80’i kadavra, %20’si canlı kaynaklı iken Türkiye’de tam tersine organ vericilerinin %75’i canlı, %25’si kadavra kaynaklıdır. Son yıllardaki yapılan organizasyonlar ile ülkemizde kadavra verici bulma oranı azda olsa artmıştır (8,10,13,26,29-32). Bu durum toplum genelinde öldükten sonra organlarının alınmasını kabul etmeme yaklaşımının yaygın oluşundan kaynaklanmaktadır (9).

Çalışmamızda tüm katılımcıların %49’u organ bağıışı konusunda yeterli bilgiye, %51’i yetersiz bilgiye sahip olduğunu bildirmiştir. Grup 1 organ bağıışı konusunda %48,7, Grup 2 %49,3 yeterli bilgisi olduğunu belirtmiştir. Aytaş Ö ve ark.’nın yapmış olduğu çalışmada %39’u (26), Şıpkın ve ark.’nın yaptığı çalışmada %93,9’u (9), Akış ve ark.’nın yapmış olduğu çalışmada çalışmaya katılanların %72’sinin yeterli bilgisi olduğunu göstermiştir (7). Yılmaz E. çalışmasında, sağlık çalışanlarının %82,2’si organ bağıışı ve organ nakli konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını bildirmiştir. Bu kişilerden %48,5’i mesleki eğitimde bu konuyla ilgili bilgilendirilmediklerini, %50,5’i yeterli hizmet içi eğitimin yapılmadığını, %38,6’sı nereden

bilgi alabileceklerini bilmedikleri için yeterli bilgiye sahip olamadığını bildirmiştir (33). Koşar N. çalışmasında, hekimlerin %79'unun organ bağıışı ve organ nakli konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu bildirmiştir. Yetersizliğin nedeni olarak %79,6'sı meslekte hizmet içi eğitim yetersizliğini, %73,7'si mesleksi eğitimde konu ile ilgili yetersiz bilgi verilmesini göstermiştir (34).

“Gereksinim durumunda kendinize organ nakli yapılmasını kabul eder misiniz?” sorusuna Grup 1 %76,3'ü evet derken, Grup 1'de organ bağıışı yapmayı düşünenlerin oranı %37,2 ile düşüktü. Grup 1'in organ bağıışı yapmaya daha az olumlu bakmadıkları halde kendi ihtiyaçları durumunda organ bağıışına olumlu bakmaları dikkat çekmektedir.

Bizim çalışmamızda tüm katılımcıların %40,2'si organlarını bağıışlamayı düşündüğünü, %20,6' sını bağıışda bulunmak istemediğini, %39,2'i ise kararsız olduğunu bildirmiştir. Hayır diyenlerin ve kararsız olanların birbirine yakınlığı dikkat çekmektedir. Aytaş Ö ve ark.'nın yaptığı çalışmada %42'si organlarını bağıışlamayı düşündüğünü, %20'si bağıışda bulunmak istemediğini ve %38'i ise kararsız olduğunu bildirmiştir (26). Naçar ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada da katılımcıların %72,3'ü organ bağıışlamayı düşünmekte, %26,2'si ise organlarını bağıışlamayı düşünmemektedir (32). Bal ve Çolak'ın Eskişehir ilinde toplum üzerinde yaptığı bir çalışmada araştırmaya katılan bireylerin %2'lik bir kısmının organlarını bağıışladığı görülmüştür (35). Berrin Okka ve ark.'nın çalışmasında organlarını bağıışlamayı düşünenlerin oranı %45,5, hayır diyenler %25,8, kararsız olanlar %28,8 olarak bulunmuştur (8). Çalışmamızın sonuçları da bu bulgularla paralellik göstermektedir. Çalışmamızın da desteklediği gibi, sağlık personellerini ve halkı kapsayan bu çalışmalarda Türkiye'de organ bağıışlama düşüncesinin ve bağıış oranlarının düşük olduğu görülmektedir.

Tüm katılımcıların “Organ bağıışında bulunmak istemelerinin nedenini” %85,2 ile “hayat kurtarma ve iyileştirme düşüncesi” en çok bağıışlama nedeni olarak görülmektedir. Diğer nedenler sırasıyla %11,1 “gelecekte kendisi veya bir yakının organ ihtiyacı olabileceği düşüncesi”, %3,3 “insanın bir parçasının kendisi öldükten sonra devam edeceği düşüncesi”, %0,4 “bağıış yaptığımız için kendinizi psikolojik bakımdan daha iyi hissedebileceğinize inanma”dır. Gelecekte kendisi veya bir yakının organ ihtiyacı olabileceği düşüncesi her ne kadar katılımcıların kendi ve yakınlarını düşündükleri için böyle bir yaklaşımda bulduklarını algılasa da, organ bağıışının önemini bu yolla da olsa bildiklerini destekler bulgulardandır. Berrin Okka ve ark.'nın yaptığı çalışmada organlarını bağıışlamayı düşünmelerine neden olarak “bir hayat kurtarma ve iyileştirme düşüncesi” %73,8'lik oranla

en çok bağışlama nedeni olarak görülmektedir. Bunu %10.5 oranla “gelecekte kendisinin ya da bir yakınında organ nakline gereksinimi olabileceği düşüncesi”, %8.4 oranla “insanın bir parçasının kendisi öldükten sonrada yaşamaya devam edeceği” düşüncesi, %4.5 oranla “bağış yaptığı için kendisini psikolojik olarak daha iyi hissedeceği inancı” ve en az olarak da %2.7 oranla “toplumda saygınlık kazanılacağı inancı nedenler arasında belirtilmektedir (8).

Tüm katılımcıların “Organ bağışında bulunmak istememe nedeni” %36,1 ile “cesedime müdahale yaptırmak istemiyorum” çoğunluğu oluşturmaktaydı. Tüm katılımcılarda diğer nedenleri sırayla %25,7 “olayın ticari meta olarak kullanılma korkusu”, %24 “dini inancım nedeniyle”, %10,4 “acil bir durumda yanımda organ bağışı kartım olması halinde tedavimin eksik yapılabileceği veya ölümümün kolaylaştırılabileceği düşüncesi”, %3,8 “ailesinin izin vermeyeceği düşüncesi” dur. Grup 1 %22,4 “dini inancım”, Grup 2 %23 “cesedime müdahale yaptırmak istemiyorum” en çok bağış istememe nedenleri olarak görülmektedir. Bu sorunun çözülebilmesi için başta sağlık görevlileri olmak üzere toplumun her bireyinin yeterli bilgi ve bilince sahip olması gerekmektedir (9,32). Naçar ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada organ bağışında bulunmayanların %27,8'i kişisel tercihi olduğunu, %13'ü dini ve geleneksel nedenlerden dolayı olduğunu, % 7,4'ü hekimlere güvenmediğini, %5'i ise cesede eziyet olarak gördüğünü belirtmiştir (32). Göz ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada %21,9'u ailelerinin üzüleceklerini ifade etmiş ve bunun etkisi ile bağışta bulunmadıklarını belirtmişlerdir (11). Yılmaz E.'nin çalışmasında, organ bağışında bulunmayanlara nedenleri sorulduğunda %32,5'i bu konuyu hiç düşünmediğini, %28,5'i kendini hazır hissetmediğini ifade etmiştir (33). Koşar N.'nin tez çalışmasında ise “hiç düşünmedim” diyenlerin oranı %25 olarak izlenmiştir (34). Diğer birçok çalışmada da konuyu hiç düşünmediklerini ifade edenlerin yüksek olması organ nakli konusunda toplumun yeterli farkındalık ve duyarlılığa sahip olmadığını göstermektedir (26,33,34,36).

Çalışmamızda ve yapılmış benzeri çalışmalarda organ bağışı konusunda sağlık personelinin de yeterli bilgiye ve duyarlılığa sahip olmadığı görülmektedir (26,37-41). Berrin Okka ve ark.'nın çalışmasında organlarını bağışlamayı düşünmemelerine neden olarak %32,4'ü “cesedime müdahale yaptırmak istemiyorum”, %25'i “dini inancım”, %16,5'i “acil bir durumda yanımda organ bağışı kartım olması halinde tedavimin eksik yapılabileceği veya ölümümün kolaylaştırılabileceği düşüncesi”, %8'i “ailesinin izin vermeyeceği düşüncesi”, %3,2'si hiçbir neden belirtmeden “kişisel tercihleri” olduğu yanıtını vermişlerdir (8). Çalışmamızın sonuçları da bu bulgularla paralellik göstermektedir.

Bizim çalışmamızda “organ bağıışı düşünmeme nedenleri arasında ailemin izin vermeyeceğini düşünüyorum” Grup 1’de %1,6, Grup 2 de %2,2 idi. Ailenin insan yaşamında önemli bir yeri bulunmaktadır. Ölüm gibi kabullenilmesi zor bir konu ile ilgili olarak aile içi görüşme yapmak ve bir karara varmak gerçekten kolaylıkla yapılabilecek bir davranış değildir. Literatürde de organ bağıışı konusunda ailelerin etkilerinin oldukça önemli olduğuna ilişkin bilgiler yer almaktadır (11,42,43). Bu anlamda organ bağıışını artırabilmek için aile arasında bu konunun konuşulup tartışılmasının önemi açıktır.

Organ bağıışı istememe nedenleri arasında olayın ticari meta olarak kullanılma korkusu bağıışlanan organ miktarının organ nakli bekleyen hastaların gereksinimlerini karşılamaya yetmemesinden dolayı yasal olmayan yollarla organ bulan kişi ya da kişilerle ilgili olarak zaman zaman medyada yanlış haberlerin yer almasından kaynaklandığı düşünülmektedir (11). Ülkemizdeki organ bağıışı ile ilgili olarak çalışmalar yapmakta olan kurum ve kuruluş ya da bireylerin daha etkin olarak eğitim çalışmalarına katılmaları ile bu sorunun çözülmesi mümkün olabilir. Bunun yanı sıra medyanın da toplum üzerindeki etkileri düşünüldüğünde, kitlelerin bu konudaki duyarlılığının artırılması ve bilgilendirilmelerinin sağlanmasında önemli rolü olacağı göz ardı edilmemelidir.

Sağlık çalışanları hasta ve hasta yakınları ile olan yakın iletişimlerinden dolayı organ bağıışının artırılması çalışmalarında anahtar role sahiptirler (10,11,26,44-46). Özellikle hemşireler potansiyel vericileri saptayarak, organ bağıışına yönlendirebilirler. Örnek olması açısından organ ve doku nakli konusunda kendileri bağıışçı olabilirler. Hemşirelik, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak nitelendirilmektedir (26,45). Ölümcül hastalara hizmet verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek olma, yetersiz ücret, yoğun iş yükü gibi zorlayıcı nedenler sağlık çalışanlarında gerginlik ve tükenmişliğe yol açmaktadır (26,47,48). Oluşan bu tablo da, sağlık çalışanlarının organ nakli konusuyla ilgili yeterli bilgi ve donanıma sahip olsalar dahi, hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirme ve yönlendirme görevini gereğince yapmamalarına neden olmaktadır (26,49,50). Çalışmalar sağlık çalışanlarının organ bağıışı çalışmalarına katkılarının yeterli düzeyde olmadığını ortaya koymaktadır (25,26,51). Sağlık çalışanlarının organ bağıışı konusuna yaklaşımlarını etkileyen faktörlerin bilinmesi ile bu alandaki etkinliklerini artırmak mümkün olabilecek gibi görünmektedir. Bizim çalışmamızda bu amaç doğrultusunda yapılmıştır. Çalışmamızda sağlık çalışanlarına “Hasta yakınlarının

beyin ölümünü anlamakta güçlük çektiğini düşünüyor musunuz?” sorusuna %93,3’ü evet derken, %6,7’si hayır demiştir.

Çalışmamızda “Beyin ölümüne yaklaşımın eğitim ile değişebileceğine inanıyor musunuz?” sorusuna Grup 2’nin %82’si evet derken , %18’i hayır demiştir. Cantarovich F’in yaptığı çalışmada halkın organ bağışına olan olumsuz bakış açısının değişmesi için en önemli etkenin eğitim olduğunu belirtmektedir (52). Hausteim ve ark. yaptığı genellekle daha genç ve daha eğitilmiş kişilerin organ bağış ve nakli konusunda daha fazla bilgiye sahip oldukları ve organ bağışlama konusunda daha istekli oldukları belirtilmiştir (53).

Tüm katılımcılara “Organ bağış konusunda bilgileri nereden edindiklerini” sordüğümüzde; %49,3 sağlık kuruluşu, %44,8 televizyon, %38,6 internet, %17 gazete, %5,2’si radyodan olduğunu belirtmiştir. Özer Gök ve ark.’nın yaptıkları araştırmada da araştırmaya katılanlar organ bağış hakkındaki bilgilerin çoğunu (%43,4) televizyon, gazete, radyo gibi basın organlarından edindiklerini söylemişlerdir (54). Berrin Okka ve ark. yaptığı çalışmada %64 gibi yüksek bir oran televizyon yanıtını vermektedir (8). Morgan ve ark. yaptığı çalışmada kişilerin en önemli bilgi kaynaklarının medya olduğu ve organ dağıtım sistemindeki yanlışlıklar, organ karaborsası, organ bağış kartı olanların ölüm kararının doktorların zamanından önce onaylanması gibi olumsuz haberlerden etkilendiklerini belirtmişlerdir (55). Sato ve ark. Japonya’ da yaptığı çalışmada ise halkı organ bağış konusunda bilgilendirmek ve yönlendirmek için medyanın fonksiyonunun iyi değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (56). Alam’ın çalışmasında ise katılımcıların %57,9’u organ bağış kampanyalarından Tv ve yazılı medya yoluyla haberdar olduklarını belirtmişlerdir (57). Görsel ve yazılı medya yoluyla yapılacak haber ve kampanyaların toplumu önemli oranda etkileyeceği bilinerek organ nakli ile ilgilenen kurum ve kuruluşların yazılı ve görsel basın ile sıkı ilişki içerisinde olmaları, bilimsellikten uzak yayınların ve yanlış haberlerin önlenmesi gerekmektedir (8).

Çalışmamızdaki tüm katılımcıların %96,7’sinde organ bağış kartı bulunmazken %3,3’ünde organ bağış kartı bulunmaktadır. Grup 1 organ bağış kartı oranı %3,2 iken Grup 2’de %3,3’ dür. Organ nakli ve bağış konusunda organizasyon eksikliği, toplumsal ve bireysel bilgi eksikliği ve duyarsızlık sonucu organ bağışının yeterli düzeye ulaşamadığı görülmektedir (26,34,35,58,59).

Tüm katılımcılarda “Hangi birim/birimlerden organ bağış kartı alınabilir” sorusuna üniversite, devlet hastanesi ve İl Sağlık Müdürlüğü şıklarının üçünü birden işaretleyerek tam

doğru cevap verenlerin oranı sadece %9,5'dir. Grup 1'de %27,6, Grup 2'de %72,4'tür. Hai ve ark., (60) toplumun %77' inin organ bağış konusunda bilgilerinin olduğunu belirtirken Özmen ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise katılanların %55.7'si organ bağışlamak istediklerinde yapılması gerekenleri bilmediklerini ifade etmişlerdir (5). Naçar ve ark. yapmış oldukları çalışmada da katılanların %86'sı organ bağışlamak isterse ne yapacaklarını bilmediği saptanmıştır (32). Bu çalışmalar organ bağışının nasıl ve ne şekilde yapılacağı konusunda yetersiz bilgi düzeyini göstermektedir. Bu konuda eğitimler verilerek bilgi düzeyi yükseltilmelidir.

Organ bağış kartı alabilmek için nelerin gerekli olduğu sorulduğunda Grup2'nin %9,2'si yanlış olarak sağlık raporu ve %1,3'ü doktorunun bilgisi cevabını vermiştir. "Hangi şartlarda organ-doku nakli gerçekleşebilir" sorusuna Grup 2'nin çoğunlukla 1. dereceden iki yakınının izni (%74) bilinmesine rağmen, beyin ölümü şartı da gerektiği halde (%59,3) daha az oranda bilinmektedir. Toplumla örnek olması gereken sağlık çalışanlarının bilgi eksikliğinden dolayı yanlış yönlendirmelerde bulunabileceğini ve kişilerin rapor çıkarma zorluklarından dolayı organ-doku bağışında bulunmama eğilimi gösterebileceklerini akla getirmektedir.

Türkiye' de yeterli sayıda organ nakli merkezi ve deneyimli bilim adamı olmasına rağmen, nakil sayılarının henüz istenen düzeye ulaşmamasının nedeni toplumun organ bağış konusuna duyarsız kalmasıdır. Yapılan çeşitli çalışmalar insanların organ nakli konusundaki görüşlerini oluştururken eğitim, sosyo-ekonomik düzey, kültür ve dinin önemli faktörler olduğunu göstermiştir (6,9,26,33,54). Organ bağış konusundaki engeller araştırılırken üzerinde en fazla durulan konulardan birisi de dini inançlardır. İslam dini açısından organ bağışının herhangi bir sakıncası bulunmadığı Diyanet İşleri Başkanlığı Din İşleri Yüksek Kurulunun 3.3.1980 tarihli 396 sayılı kararında belirtilmiştir (9). Diyanet İşleri Başkanlığı Din İşleri Yüksek Kurulu, organ bağışını insanın insana yapabileceği en büyük yardım olarak tanımlamıştır (11,61).

Tüm katılımcıların %20,9'u organ bağışının "dini yönden" sakıncası olduğunu düşünürken %58,5'i dini yönden bir sakınca olmadığını, %20,6'sı da bu konuda bilgileri olmadığını belirtmişlerdir. Grup 1'in %23'ü, Grup 2'nin %18,6'sı dini yönden sakınca olduğunu belirtmişlerdir. Şıpkın ve ark. yaptığı çalışmada öğretim elemanlarının %85,4'ü organ naklini dini yönden uygun bulmaktadır (9). Özmen ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada organ naklini dini yönden uygun bulanların oranı %51,7'dir (5). Naçar ve ark.'nın yaptıkları çalışmada da uygun bulanların oranı %66,6'dır (32). Dini açıdan organ bağışını

uygun olduğunu düşünenlerde organ bağışlama oranı daha yüksektir. Güden'in yapmış olduğu çalışmada din görevlilerinin %61,3'ü dini yönden organ naklini olumlu bulurken %35,'ü bu konuda kararsız kalmaktadır (62). Aytaş Ö ve ark.'nın yaptığı çalışmada %51'i (26), Berrin Okka ve ark.'nın çalışmasında %31,9'u (8), dini inançların organ nakline engel olduğunu ifade etmiştir. Göz ve ark.'nın organ bağış konusu ile ilgili olarak yapmış oldukları araştırmanın sonucunda ise dini inançların organ bağış üzerine olumsuz etkisinin fazla olmadığını ortaya koymaktadır (11). Ek olarak; Ryckmn ve ark. değişik dinlerde din adamlarının ölümden sonra organ bağışının arttırılmasının gerektiğine inandıklarını ve bu konuya odaklandıklarını belirtmektedir. Bu nedenle toplumun organ bağışını arttırmasında etkili olmaları için din adamlarına oryantasyon yapılması gerektiğini iletmişlerdir (63).

Çalışmamızda Grup 2'nin %65,3'ü beyin ölümünü gerçek ölüm olarak kabul ederken, %34,7'si kabul etmemektedir. Beyin ölümünü gerçek bir ölüm olarak kabul etmenin organ bağışını etkilediği daha önceki çalışmalarda bildirilmiştir (26,64). Sağlık personelinin beyin ölümü ve organ bağış konusundaki bilgi (26,65,66) ve tutumları böyle bir durumdaki ailenin vereceği karara da yansıyacaktır (26,40,67,68). Sağlık personelleri üzerinde yapılan bir çalışmada, beyin ölümünün gerçek bir ölüm olduğunu düşünenlerin %75,7'si organlarını bağışlamaya evet derken; beyin ölümünü gerçek bir ölüm olarak görmeyenlerin %24,3'ü organ bağışına evet demiştir. Beynin bir daha çalışamayacak şekilde durmasını gerçek ölüm olarak kabul edenler arasında, yakınlarının organlarını bağışlama konusunda istekli olanların daha yüksek oranda olduğu görülmüştür (26,69).

Tüm katılımcılar "Yakınınızın beyin ölümü tablosuna girmesi durumunda organlarını bağışlar mısınız?" sorusuna %32,7'si evet, % 22,5'i hayır, %44,8'i ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Tüm katılımcıların "Yakınınızın beyin ölümü tablosuna girmesi durumunda organlarını bağışlarım (%32,7) diyenlerin oranı ile organ bağışını düşünme (%40,2) oranı paralellik göstermektedir. Grup 1'in %38,5'i evet derken, Grup 2'nin %26,7'si evet demiştir. Gruplar arasında fark bulunmamıştır. Hayır diyenlere nedenleri sorulduğunda sırasıyla %43,5 "sorumluluk alma istememe", %10,8'i "cesedine herhangi bir müdahale yapılmasını istememe", %5,6'sı "dini nedenler", %4,6'sı "BÖ kriterlerine güven duymama", %2,9'u "olayın ticari yönden kullanılabilme düşüncesi" olduğunu belirtmişlerdir. Grup 1 ve Grup 2'nin hayır deme nedenleri karşılaştırdığında çoğunluk sırasıyla %55,2 ve %72,7' si sorumluluk almayı istememe olduğunu belirtmişlerdir. Yılmaz E.'nin çalışmasında 'Yakınınızın beyin ölümü tablosuna girmesi durumunda organlarını bağışlar mısınız?' sağlık

çalışanlarına sormuş; çalışmaya katılanların %45,8'i 'evet' derken, %54,2'si 'hayır' cevabını vermiştir (33). Yumak'ın çalışmasında ise benzer soruya katılımcıların %30,9'u 'evet' derken, %69,1'i 'hayır' şeklinde cevap vermiştir. Hayır diyenlerin %74,3'ü 'kendisi vermek istemeyebilirdi' şeklinde görüş bildirmişlerdir (36). Sonuç olarak; ölen kişinin verici adayı olabilmesi için yakınlarının onayı gerektiğinden, kişinin hayatta iken organlarını bağışlamış olmasının yeterli olmadığı, kararıyla ilişkili olarak aile yakınlarını da haberdar etmiş olmasının mutlak gerekliliği ortaya çıkmıştır (26,69).

Afyon halkı ve sağlık çalışanlarının organ bağışısı konusunda yeterli bilgiye sahip olmalarına rağmen organ bağışısı konusunda kesin fikir ve yeterli duyarlılığa sahip olmadığı görüldü. Organ bağışısı konusunda istenen düzeye ulaşabilmek için toplumun her kesimine eğitimler verilmesi organ bağışısını artıracaktır. Özellikle örnek olması gereken sağlık çalışanlarının eğitilmesi sağlanarak organ bağışısı artırılmalıdır. Din adamlarının ölümden sonra organ bağışısının artması konusunda belirli eğitim programlarından geçirilmesi ve dini yönden toplumu bilinçlendirme çalışmaları artırılmalıdır. Ayrıca televizyon, radyo, gazete gibi basın organlarında organ nakli ile ilgili halkı bilgilendirici yayınlar yapılarak daha geniş alanlara ulaşp halkın bilgilendirilmesi ve organ nakli için teşvik edilmesi sağlanmalıdır. Bu yayınlarda toplum liderlerinin, sanatçıların, ünlülerin de olması kampanyaların daha akılda kalmasına, organ bağışısı duyarlılığını ve motivasyonun artırmasına neden olabilir. Organ bağışısını artırmaya yönelik her eğitimlerin planlı, sürekli ve kesintisiz olması halinde bir sonuç alınabileceği, aksi takdirde başarıya ulaşmanın mümkün olamayacağı gerçeği de göz ardı edilmemelidir. Aynı zamanda ölen kişinin verici adayı olabilmesi için yakınlarının onayı gerektiğinden, kişinin hayatta iken organlarını bağışlamış olmasının yeterli olmadığı, kararıyla ilişkili olarak aile yakınlarını da haberdar etmiş olması organ bağışısını olumlu etkileyecektir.

KAYNAKLAR

- 1.Yücecin L, Keçecioğlu N, Ersoy F. Türkiye'de Organ Bağışısı Ve Nakline Bir Bakış. Diyaliz Transplantasyon ve Yanık Dergisi 2003;14(2): 115-118.
- 2.Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği, 25748 Sayılı Resmi Gazete, 07.03.2005
- 3.Demirhan EA. Organ Aktarmaları. Tıbbi Deontoloji ve Genel Tıp Tarihi. Bursa, Güneş ve Nobel Yayınları, 1996. ss:109-20.

4.Barbara JD. End Of Life Decision Making. Organ Donation And Critial Care Nurses 2006; 126 (2): 78-86.

5.Özmen D, Çetinkaya A, Sarızeybek B, Zeybek A. Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin Organ Bağışına İlişkin Bilgi ve Görüşleri. Tıp Bilimleri Dergisi 2008; 28: 311-8.

6.Özdağ N. Organ Nakli Ve Bağışına Toplumun Bakışı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2001; 5: 46-54.

7.Akış M, Katırcı E, Uludağ HY ve ark. Süleyman Demirel Üniversitesi Personelinin Organ Doku Bağışı ve Nakli Hakkındaki Bilgi ve Tutumları. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 15(4): 28-33.

8.Okka B, Demireli O. Konya İlinde Halkın Organ Bağışı Konusuna Bakış Açılarının Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2008; 16: 148-158.

9.Şıpkın S, Şen B, Akan S, Tuna Malak A. Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, İlahiyat Fakültesi ve Güzel Sanatlar Fakültesi Öğretim Elemanlarının Organ Bağışına Bakış Açılarının İncelenmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 11(1): 19-25.

10.Özer N, Sarıtaş S, Karaman Özlü Z. Hemşirelik Öğrencilerinin Organ Nakli ve Bağışı Konusundaki Bilgi ve Düşüncelerinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;13: 2-5.

11.Göz F, Şalk Güreli Ş. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Organ Bağışı İle İlgili Düşünceleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2(5): 77-88.

12.Collins TJ. Organ And Tissue Donation: A Survey Of Nurses' Knowledge And Educational Needs In An Adult ITU. Intensive and Critical Care Nursing 2005; 21(4): 226-233.

13.Yaşar M, Oğur R, Uçar M ve ark. Bir Sağlık Meslek Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Organ Bağışı Konusundaki Tutumları ve Tutumlarına Etki Eden Faktörler. Genel Tıp Dergisi 2008; 18(1): 33-37.

14.Hajar R. History of medicine. Hearth Views 2001; 2: 3-8.

15.Cooper DK. Christian Barnard And His Contributions To Heart Transplantation. J Hearth Lung Transplant 2001; 20: 599-610.

16.Shumway N. Forty Years Of Thoracic Transplantation At Stanford. Transplant Proc 1999; 31: 46-50.

17.Haberal M, Moray G, Karakayalı H, Bilgin N. Transplantation Legislation And Practice In Turkey: A Brief History. *Transplant Proc* 1998; 30: 36-44.

18.Genç R. Türkiye’de ve Dünyada Organ Transplantasyon Cerrahisi: Transplantasyon Lojistiğinin Yönetimi. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2009; 25(1): 40-44.

19.Murray JE, Tilney NL, Wilson VE. Renal transplantation: a twenty-five year experience. *Ann Surg* 1976; 184: 565-573.

20.Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun. Resmi Gazete Tarih: 3.6.1979, Sayı:16655.

21.Organ ve Doku Nakli Hizmetleri. Resmi Gazete Tarih: 01.6.2000, Sayı:24066.

22.Parlak Ş. Organ Bağıışı ve Organ Naklinde Ortaya Çıkan Sorunlar. *TBB Dergisi* 2009; 83: 189-222.

23.Akgün HS, Bilgin N, Tokalak I ve ark. Organ Donation: A Cross-Sectional Survey Of The Knowledge And Personla Views Of Turkish Health Care Professionals. *Transplantation Proceedings* 2003; 35(4): 1273-1275.

24.Ağartan E, Önder SM, Balkaya NA. Hemşireler Organ ve Doku Bağıışı Konusunda Yeterince Duyarlı mı? 5.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi 20-21 Nisan 2006 Şanlıurfa.

25.Hannah S. Increasing Awareness Of Tissue Donation: In The Non-Heart Beating Donor. *Intensive and Critical Care Nursing* 2004; 20(5): 292-298.

26.Aytaş Ö, Kartalcı Ş, Ünal S. Bir Grup Hemşirenin Sosyodemografik Verileri ve Tükenmişlik Düzeyleri Bağlamında Organ Bağıışına Bakış Açılıarı. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2011; 18(1): 26-32.

27.Binlerce Hasta Organ Bekliyor. <http://hastane.akdeniz.edu.tr> (Son Erişim Tarihi 14.12.2011)

28.Kılıç S, Koçak N, Türker T, Gürpınar H, Gülerik D. Kız Üniversite Öğrencilerinin Organ Bağıışı Konusundaki Tutumları ve Bu Tutumlarına Etki Eden Faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi* 2010; 52: 36-40.

29.Organ Nakli ve Organ Bağıışı. <http://www.akdeniz.edu.tr>.(Son Erişim tarihi:15.07.2009)

30.Kent B. Protection Behaviour: A Phenomenon Affecting Organ Donation And Tissue Donation In The 21st Century? *Int J Nurs Stud* 2004; 41: 273-84.

31.Kıraklı C, Zeren Uçar Z, Berna Anıl A, Özbek Ö. Yoğun Bakım'da Beyin Ölümü Kesin Tanı Süresinin Kısalmasının Organ Bağışı Oranlarına Etkisi. Yoğun Bakım Dergisi 2011; 1: 8-11.

32.Naçar M, Çetinkaya F, Kanyılmaz D, Tokgöz B, Utaş C. Hekim Adaylarının Organ Nakline Bakış Açıkları. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2001; 10: 123-8.

33.Yılmaz E. Sağlık Çalışanlarının Organ Nakli ve Bağışına İlişkin Düşünceleri. Eskişehir-2006.

34.Koşar N. Yüksek Lisans Tezi; "Organ Nakli Organizasyonları ve Organ Nakli, Organ Bağışı Hakkında Bilgi Davranış Araştırması" İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı İstanbul-1994.

35.Bal C, Çolak E. Eskişehir İlinde Organ Bağışı Hakkındaki Tutum ve Davranışlar. Biyoistatistik Sempozyumu. Adana, 1998.

36.Yumak AK. Yüksek Lisans Tezi; Organ Nakli ve Bağışı Üzerine Bir Araştırma. Gazi Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kazaların Demografisi ve Epidemiyolojisi Anabilim Dalı, Ankara-1994.

37.Aktekin M. Organ Donation: Dilemma Of Health Personel. Dial Transplant Burn 1994; 7(3): 56-62.

38.Ingram JE, Buckner EB, Rayburn AB. Critical Care Nurses Attitudes And Knowledge Related To Organ Donation. Dimens Crit Care Nursing 2002; 21(6): 249-55.

39.Akgün HS, Bilgin N, Tokalak I, Kut A, Haberal M. Organ Donation: A Cross-Sectional Survey Of The Knowledge And Personal Views Of Turkish Health Care Professionals. Transplantation Proceedings 2003; 35: 1273-6.

40.Pugliese MR, Degli Esposti D, Venturoli N, Mazzetti Gaito P, Dormi A, Ghirardini A, Costa AN, Ridolfi L. Hospital Attitude Survey On Organ Donation In The Emilia Romagna Region, Italy. Transpl Int 2001; 14(6): 411-9.

41.Kim JR, Fisher MJ, Elliott D. Undergraduate Nursing Students Knowledge And Attitudes Towards Organ Donation In Korea: Implications For Education. Nurs Educ Today 2006; 26(6): 465-74.

42.Lazenby MA. Family's Perspective On Organ Donation. Australian Nursing Journal 2006; 3(9): 40-41.

43.Riley LP, Coolican BM. Needs Of Families Of Organ Donors: Facing Death And Life, Crit Care Nurse 1999; 19: 53-59.

- 44.**Smith J. Organ Donation: What Can We Learn From North America? *Nurs Crit Care* 2003; 8(4): 172-8.
- 45.**Tamburi LM. The Role Of Critical Care Nurses In The Organ Donation Breakthrough Collaborative. *Critical Care Nurse* 2006; 26(2): 20-2.
- 46.**Williams MA, Lipsett P, Rushton C.H. ve ark. The Physician's Role In Discussing Organ Donation With Families. *Critical Care Medicine* 2003; 31(5): 1568-73.
- 47.**Canbaz S, Sünter TA, Dabak S, Öz H, Pesken Y. Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu, İş Doyumu ve İşe Bağlı Gerginlik. *Hemşirelik Forumu*, İstanbul, 2005.
- 48.**Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. A Model Of Burnout And Life Satisfaction Amongst Nurses. *J Adv Nursing* 2000; 32(2): 454-64.
- 49.**Edirne T. Türkiye'de Organ Ve Doku Nakli Uygulamaları Sonuç Ve Strateji Önerileri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2004; 24: 261-6.
- 50.**Elloy DF, Terpening W, Kohls J. A Causal Model Of Burnout Among Selfmanaged Work Team Members. *J Psychology* 2001; 135(3): 321-4.
- 51.**Schroeter K, Taylor JG. Ethical Considerations In Organ Donation For Critical Care Nurses. *Crit Care Nurse* 1999; 19: 60-9.
- 52.**Cantarovich F. Public Opinion And Organ Donation Suggestions For Overcoming Barriers. *Ann Transplant* 2005; 10: 22-5.
- 53.**Haustein SV, Sellers MT. Factors Associated With (Un) Willingness To Be An Organ Donor: Importance Of Public Exposure And Knowledge. *Clin Transplant* 2004; 18: 193-200.
- 54.**Özer Gök F, Yavuz A, Beydağı KD, Fidancıoğlu H, Akın E, Sanlı I, Tembela H, Bozkurt L, Uruk S. Pamukkale Üniversitesi Denizli Yüksek Okulu'nda Öğrenim Gören Bir Grup Öğrencinin Organ Nakli Ve Bakışına Yönelik Görüşleri Ve Bilgi Düzeylerine Eğitimin Etkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2008; 7(1): 39-46.
- 55.**Morgan SE, Harrison TR, Long SD, et al. Family Discussions About Organ Donation: How The Media Influences Opinions About Donation Decisions. *Clin Transplant* 2005; 19: 674-82.
- 56.**Sato H, Akabayashi A, Kai I. Public Appraisal Of Government Efforts And Participation Intend In Medico-Ethical Policymaking In Japan: A Large Scale National Survey Concerning Brain Death And Organ Transplant. *BMC Medical Ethics* 2005; 6: 1-12.

57.Alam AA. Public opinion on organ donation in Saudi Arabia. Saudi J Kidney Dis Transplant 2007; 18: 54-9.

58.Sarıtaş S. Yüksek Lisans Tezi; Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin Organ Nakli ve Bağışı Konusundaki Algıları Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Eskişehir-2005.

59.Çan G, Torun P, Gürpınar SS. Trabzon İl Merkezinde Halkın Organ Nakli ve Bağışı Konusundaki Bilgi ve Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bülteni. Ankara 1997.

60.Hai T, Eastlund T, Chien LA, Duc PT, Giang TH, Hoa NT, Viet PH, Trung DQ. Willingness To Donate Organs And Tissues In Vietnam. J Transpl Coord 1999; 9(1): 57-63.

61.Erdemir AD (ed.), Öncel Ö (ed.) , Aksoy Ş (ed.), Elçioğlu ÖŞ. Organ Aktarımı ve Etik, Çağdaş Tıp Etiği, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul-2003.

62.Güden EA. Yüksek Lisans Tezi; Din Görevlilerinin Organ Nakli ve Bağışına Bakış Açılımları. Halk Sağlığı AD, Kayseri-2007.

63.Ryckman RM, Thornton B, Van Den Borne B, Gold JA. Intrinsic-Extrinsic Religiosity And University Students' Willingness To Donate Organs Posthumously. J Appl Soc Psychol 2004; 34(1): 196-205.

64.Singh P, Kumar A, Pandey CM, Chandra H. Evel Of Awareness About Transplantation, Brain Death And Cadaveric Organ Donation In Hospital Staff In India. Prog Transplant 2002; 12(4): 289-92.

65.Abaan S. Ötenazi: Hastalarımıza Borcumuz Mu? Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi 1997; 5(2): 92-6.

66.Dubois JM, Anderson EE. Attitudes Toward Death Criteria And Organ Donation Among Healthcare Personnel And The General Public. Prog Transplant 2006; 16(1): 65-73.

67.Siminoff LA, Arnold RM, Caplan AL. Healthcare Professional Attitudes Toward Donation: Effect On Practice And Procurement. J Trauma 1995; 39(3): 553-9.

68.Kennedy HB, Farrand L. Attitudes Of Emergency Nurses Toward Organ And Tissue Donation. J Emerg Nurs 1996; 22(5): 393-7.

69.Unal S, Elyas Z, Kaya Y, Ozcan C. Sağlık Personelinin Beyin Ölümü Ve Organ Bağışıyla İlgili İnanç Ve Tutumları. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2010; 20(1): 389-400.

YAŞLI BİREYLERDE FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER VE HEMŞİRELİK TANILAMASI

Seda PEHLİVAN¹, Ayfer KARADAKOVAN²

ÖZET

Yaşlanma hücresele seviyeden organ seviyesine kadar sonuçları bir bütün içerisinde değerlendirilen bir süreçtir. Bu süreçte bedensel olarak gelişen fizyolojik değişiklikler nedeniyle yaşlının yaşam kalitesi olumsuz etkilenirken, yaşlının gerçek hayatta hissettiği ve organ seviyesinde işlev kayıplarına neden olan değişiklikler de görülmektedir. Gelişen değişikliklerin hızı ve şiddeti olayın yaşlılığa bağlı fizyolojik bir süreç mi yoksa başlı başına bir hastalık mı olduğunu göstermektedir. Yaşlı hastaya bakım verirken bu değişimler mutlaka akılda tutulmalıdır. Diğer taraftan bu değişimlerin izlemi ve yaşlının bu değişimlerden doğan yeni duruma uyum göstermesinin sağlanması da gerekmektedir. Hemşireler bu konuda bilgi sahibi olmalı ve yaşlı bakımından sorumlu olan kişilerin de bilgilendirilmesini sağlamalıdır. Ayrıca yaşlı hastaya bakım verirken, yaşlı bireylerin fizyolojik özelliklerinin bilinmesi, yaşlı bireylerin özelliklerine uygun olarak ulaşılabilir hedefler doğrultusunda; bakımın planlanması ve uygulanması açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, Fizyolojik Değişiklikler, Hemşire.

¹Arş. Gör., Gaziantep Üniversitesi, SBF, İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

²Prof. Dr., Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

İletişim/Corresponding Author: Seda PEHLİVAN

Geliş Tarihi/Received :04.11.2012

Tel: 0 342 3606060-76766 **e-posta:** pehlivan_seda@hotmail.com

Kabul Tarihi/Accepted:10.05.2013

PHYSIOLOGICAL CHANGES IN OLDER INDIVIDUALS AND NURSING DIAGNOSIS

ABSTRACT

Aging is a process where its results from organ level to the cellular level need to be evaluated as a whole. In this process, the quality of life of the elderly is negatively affected due to physiological changes, there are additional changes can be observed which feel by elderly in real-life and cause to the loss of organ function. The speed and the intensity of the emerging changes demonstrate whether it is a part of physiological process related to aging or it is a diseases related situation. While providing caring to the elderly, these changes need to be considered carefully. On the other hand these changes need to be followed and the adoption of the elderly to the new situation arising from these changes must be provided. Nurses need to know this situation and other people who are responsible from caring need to be informed about these changes. Moreover, while providing care for the elderly, having information about the physiological features of the older people will be important in determining achievable targets in accordance with the characteristics of individuals, caring planning and implementation.

Key words: The Elderly, Physiological Changes, Nurse

GİRİŞ

Yaşlanma esas olarak intrauterin hayatta başlayan, ölüme kadar devam eden ve birçok faktörün etkisiyle ilerleyici bir şekilde organ ve sistemlerde fizyolojik işlev değişikliklerine neden olan bir süreçtir (1). Yaşlanma ile birlikte hücre, doku, organ ve sistem işlevlerinde azalma yönünde somut değişimler olmaktadır (2). Bu azalmanın büyüklüğü ve hızı, kalıtım, yaşam şekli, beslenme gibi birçok faktörden etkilenmektedir (3). Meydana gelen değişikliklerin hızı ve şiddeti olayın yaşlılığa bağlı fizyolojik bir süreç ya da başlı başına bir hastalık olduğunu göstermektedir (4). Yaşlılıkta, strese uyum gücü azalmaktadır, fakat yaşlı sistemler, aşırı fizyolojik stresle (cerrahi, hastalık, vb.) karşılaşmadığı sürece fonksiyonlarını normal olarak sürdürürler (5).

Hemşire, yaşlı bireyin bakımını planlarken hastanın fizyolojik, sosyokültürel, ekonomik ve psikolojik değerlendirmesini yaparak genel ve özel bakım gereksinimlerini saptamalıdır (6). Bu gereksinimleri saptarken; yaşlı bireyin; sağlık ve tıbbi tedavi öyküsü, sistemlere ilişkin fonksiyonel durum ve kayıplar, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme düzeyi/yeterliliği, fiziksel ve hareket kapasitesi, bilişsel, mental, sosyal ve psikolojik durumunu mutlaka değerlendirmelidir (7). Bu doğrultuda; yaşlı bireylerde görülen fizyolojik değişiklikler ve olası hemşirelik tanıları bu makalede derlenmiştir.

I. DUYU ORGANLARI FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLERİ

Göz: Yaşlanma ile fizyolojik değişikliklerin en belirgin olarak hissedildiği organ olmakla birlikte en önemli değişiklikler lenste olmaktadır. Lensin sertliği yaşla birlikte artmaktadır, buna bağlı olarak görme netliği azalmakta ve görme için daha fazla ışığa ihtiyaç duyulmaktadır (4,8,9). Işık değişikliklerine uyum güçleşmekte ve renk ayırım yeteneği azalmaktadır. En önemli değişikliklerden biri de gözden beyine giden sinir hücrelerinin sayısındaki azalmaya bağlı olarak, gölge ve tonlardaki farklılıkların ve çok ince detayların fark edilebilirliğinin azalmasıdır. Görme alanlarında hareket eden ince siyah benekler ve kuru göz gelişimi de sağlık yönünden önemli olmayan ancak yaşlıyı rahatsız edebilen diğer değişikliklerdir (4,8).

Kulak: Yıllarca yüksek sese maruz kalınması ya da sadece yaşlanmaya bağlı olarak duyma kalitesinde azalma görülmektedir (9). Duyma kalitesinin azalmasının bir nedeni de kulak kiri toplanmasının yaşla birlikte artmasıdır. Yaş arttıkça yüksek perdeli seslerin ve

c,k,p,s,t gibi ünsüz harflerin anlaşılmasında güçlük yaşanmaktadır. Kalabalık ortamlarda da arka alanda bulunan sesler nedeniyle duyma kalitesi bozulmaktadır (4).

Ağız: Ağız sağlığının bozulması, yaşlanmanın doğal bir sonucu olmamakla birlikte; sistemik hastalıklar, çoklu ilaç kullanımı, uygun olmayan beslenme, koruyucu ağız bakımı eksikliğine bağlı sekonder olarak gelişebilmektedir (4). Dildeki papilla sayısının azalmasına bağlı olarak tat duyusunda azalma ve iştahsızlık görülmektedir (8,10). Tükürük bezlerinde artan fibrozis ve sıklığı yaşla artan diğer tükürük bezi hastalıkları nedeniyle ağızda kuruluk gelişir. Bütün bu değişiklikler tat almayı önemli ölçüde güçleştirmektedir. Diş etlerindeki çekilmelere bağlı özellikle alt çenede diş kayıpları görülebilir. Bunun sonucunda; dişlerin araları açılır, bu bölgelerde besin artıkları birikir ve bakteri kolonizasyonları oluşabilir. Bu değişiklikler dişlerde duyarlılığı artırmakta, ağız içinde kaviteler oluşturmakta ve sonuçta diş kayıpları görülebilmektedir (4,7,8).

Deri: Cilt altı yağ dokusu, bir yastık görevi yaparken, güneş ışınlarına karşı koruma ve ısı yalıtımı görevleri bulunmaktadır. Bu dokunun incelendiği yerlerde kırışıklıklar artar, soğuğa tolerans azalır. Yaşla birlikte azalan cilt altı yağ dokusu, derinin daha ince, elastikiyetini kaybetmiş, kuru ve kırışık bir hal almasına neden olur. Uzun süreli korunmasız olarak güneş ışığına maruz kalınması sonucu cildin daha sert ve kırışık hale gelmesine neden olmaktadır (4,8,11). Subkutan dokudaki duyu reseptör sayı ve işlevlerindeki azalması sonucu duyarlılık azalır ve yaralanmalar gelişebilir (8). Ter bezleri ve cilt altı kan akımının azalmasına bağlı olarak vücuttan ısı kaybı azalır, vücut kendini soğutamaz ve derideki yaralar daha geç iyileşir. Pigment üreten hücre (melanosit) sayısı da azaldığından, derinin ultraviyole (UV) ışığa karşı özellikle de güneş ışığına karşı korunması azalır (4,8).

Hemşirelik Tanıları: Duyu algılamasında değişiklik, beden bilincinde bozulma, sözel iletişimde bozulma, sosyal izolasyon, güvenli çevre sağlama, deri bütünlüğünde bozulma, oral mukoz membranda değişiklik, beden gereksiniminden az beslenme, yaralanma riski (6,8,12).

II. KAS İSKELET SİSTEMİ FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLERİ

Kemik: Yaşla birlikte kemiklerin yoğunluğu azalmasına bağlı olarak kemikler daha zayıf ve kırılabilir hale gelirken, vücut postürü bozulmaktadır (4,13). Kadınlarda kemik kaybı menopozdan sonra çok hızlanır (14). En çok kaybın olduğu kemikler femur boynu, radius ve ulnanın bilek eklemi ile temasta olan alt ucu ve vertebralardır. Bu özellikle serum vitamin-D miktarının azalması sonucu kalsiyum emilimin azalmasına bağlı olarak kemik yapıda

kalsiyumun azalması ile gelişmektedir (4,11). Kemik ve kas dokusu kayıpları nedeniyle; boy kısalması, diş kayıpları, kemiklerde kırılmalar, bacaklarda eğrilikler ve kamburlaşma gelişebilir (8,11). Yaşla birlikte kemik iliğinde kan hücrelerinin üretimi de azalır, ancak ihtiyaç artmadıkça (anemi, enfeksiyon vs) herhangi bir sorun görülmemektedir (4). Eklemlerdeki kıkırdak dokusu da azaldığı için eklemler eskisi kadar rahat hareket edemez ve travmalara karşı daha hassas duruma gelir. Bu bölgelere yönelik tekrarlayan travmalar, ileri yaşın en sık hastalığı olan osteoartrit gelişiminin hızlanmasına neden olur (4,8).

Kas dokusu: Kas kaybı 30 yaşında başlamakta ve yaşam boyu devam etmektedir (4). Yaşlanma ile birlikte kaslar incelir ve atrofiler gelişir (13). Kas kitlesinin azalmasının en önemli nedeni; büyüme hormonu ve testosteron seviyesinin azalmasıdır. Fiziksel aktivitenin azalması özellikle hastalık durumunda kas kitlesinin daha da azalmasına yol açmaktadır (4). Bu nedenlerle de kas gücünde ve koordinasyonunda azalmalar gelişmektedir (11).

Eklem ve bağ dokusu: Eklemleri birbirine bağlayan ligamanların elastikiyetlerini kaybetmeleri sonucu eklemlerin hareket kabiliyetleri azalır (4,8). Ligamanların yapısında yer alan proteinlerin kimyasal özelliklerinin değişmesi, elastikiyetin azalmasına neden olur ve ligamanlar daha çabuk yırtılabilir, yırtıldıklarında da daha yavaş iyileşirler (4).

Hemşirelik Tanıları: Yaralanma ve düşme riski, kendine bakımda yetersizlik, ağrı, fiziksel hareketlerde bozulma, aktivite intoleransı (6,8,12).

III. SİNİR SİSTEMİ FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLERİ

Yaşla birlikte beyindeki hücre sayısı azalmaya başlar, hücrelerin çalışma etkinliği azalabilir ve buna bağlı olarak yaşlılarda tepkime hızı yavaşlar (4,8,11). Kelime hazinesi, kısa-sürelili hafıza, öğrenme, bilgi depolama, kelimeleri hatırlama, algılama gibi mental fonksiyonlarda azalmalar görülebilir (9,11). Altmış yaşından sonra, spinal kordda hücre sayısı azalmasına bağlı duyu kayıpları da ortaya çıkabilir. Bu nedenle de darbelere ve ısıya karşı duyarlılık azalmaktadır. Yaşlılarda sinir dokusu, gençlere göre kendisini daha yavaş ve kısmen tamir edebilir. Dolayısıyla, yaşlı bireyler travmalara karşı daha hassas ve kırılabilirler (4). Ayrıca nörodejeneratif değişikliklere bağlı olarak yaşlı bireylerin çoğunluğunda uyku sorunları da görülmektedir (8,15-17).

Hemşirelik Tanıları: Düşünme sürecinde değişiklik, duygusal/algısal değişiklikler, ölüm anksiyetesi, bellekte bozulma, uyku biçiminde bozukluk, hipotermi, hipertermi (6,8,12).

IV. KARDİYOVASKÜLER SİSTEM FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLERİ

Kardiyovasküler hastalıklar, yaşlılarda en sık mortalite ve morbidite nedenidir (4). Kalbin yapısı ve fonksiyonlarındaki yaşa bağlı olarak gelişen genetik zemindeki değişiklikler ve fiziksel inaktivite yaşlılarda kalp yetmezliğine neden olan risk faktörleridir (18). Yaşlılarda kalpte görülen değişiklikler; kardiyak miyositlerin büyümesi nedeniyle sol ventrikülde hipertrofi, atrial ve mitral kapaklarda skleroz şeklinde görülür ve buna bağlı olarak da kardiyak out put azalmaktadır (11,14,16). Bu durum yaşlının egzersiz sırasındaki kardiyovasküler fonksiyonlarını etkiler ve postural hipotansiyon gelişebilir (16,17). Ancak, düzenli egzersiz ile yaşlının egzersiz sırasındaki kardiyovasküler toleransı sağlanabilir. Düzenli egzersiz, yaşlılığın kalp ve dolaşım sistemi üzerine olan olumsuz etkileri ortadan kaldırabilir (19). Kadınlarla yapılan prospektif bir çalışmada ev dışında yapılan 400 metrelik bir yürüyüşün bile kalbin fonksiyonel kayıplarını önlemede etkili olduğunu göstermiştir (13). Ateroskleroza bağlı olarak damar duvarları daha kalın ve daha az elastik hale gelir. Ateroskleroz sonucu yaşlılarda hipertansiyon, felç ve koroner arter hastalığı görülme riski artmaktadır (3,14).

Hemşirelik Tanıları: Kardiyak outputta azalma, kan basıncında değişiklik, aktivite intoleransı, güçsüzlük (6,12,16).

V. SOLUNUM SİSTEMİ FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLERİ

Akciğerin elastikiyetinin azalması, göğüs duvarının sertliğinin artması ve solunum kaslarının zayıflamasına bağlı olarak yaşlılarda akciğer fonksiyonları azalır (3,16). Bu değişikliklerin sonucunda; zorlu vital kapasitede, difüzyon kapasitesinde, gaz değişiminde, ventilasyonda ve respiratuvar duyarlılıkta önemli progresif azalmalar gelişmektedir. Sigara bu değişimleri daha da hızlandırmaktadır (14,16,19). Sigara içmeyen ya da akciğer hastalığı olmayan bir yaşlının solunum fonksiyonları günlük yaşam aktiviteleri için yeterlidir. Ancak aşırı egzersiz sırasında ve yüksek irtifalarda nefes alırken zorlanırlar (4).

Solunum sistemi enfeksiyonları, özellikle de pnömoni, yaşlılarda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli ölüm sebepleri arasındadır (4). İlerleyen yaşla birlikte akciğerlerde silyar aktivite azalması, öksürüğün azalması ve vücudun savunma sisteminin zayıflaması nedeniyle aspirasyon pnömonisi daha kolay gelişir (10,11). Burada akılda tutulması gereken en önemli konu yaşlılarda pnömoni varlığında hipertermi-ateş belirtisinin görülmeyebileceğidir (20). Yaşla birlikte influenza virusu ve streptococcus pneumoniae gibi

antijene karşı azalmış immün yanıt nedeniyle solunum sistemi enfeksiyonlarına karşı daha duyarlı olduğundan yaşlıların bu enfeksiyonlara karşı aşılınmaları gerekmektedir (4,8).

Hemşirelik Tanıları: Gaz değişiminde bozulma, hava yolları açıklığında yetersizlik, solunum yolu enfeksiyonu gelişme riski, aspirasyon riski (8,12,16).

VI. SİNDİRİM SİSTEMİ FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLERİ

Yaşlanmanın sindirim sistemi üzerine etkisi, hareket, mukus ve emilimde azalma şeklindedir (11). Özofagus kasları daha az kasılmasına karşın lokmaların yutulmasında genellikle sorun yaşanmaz (14). Midenin elastikiyetinin azalması, midenin daha yavaş boşalmasına ve buna bağlı olarak gastroözofajiyel reflüye neden olabilir. Mide mukozasındaki atrofiye bağlı; mukus sekresyonu azalır, peptik ülser riski artar ve intrinsik faktör azalır (11,16,21). Yaşlılarda laktaz üretimi azaldığından süte karşı intolerans gelişebilir. Özellikle fazla süt tüketen yaşlılarda aşırı gerginlik ve ishal görülebilir (4). Kalın barsak motilitesinin yavaşlamasına bağlı olarak kabızlık gelişir (9,11,14). Karaciğer, hücre miktarındaki azalma nedeniyle küçülür, buna bağlı olarak karaciğere kan akımı ve bazı enzimlerin etkinliği azalır (8,14,21). Bu nedenle yaşlılarda ilaç kullanımı konusunda dikkatli olunmalıdır (2,22). Sindirim sisteminde meydana gelen değişiklikler nedeniyle yaşlılarda; iştahsızlık, hazımsızlık, diyare, konstipasyon, kaşeksi, obezite gibi sorunlar da görülebilmektedir (7,8). Ayrıca anal sfinkter kontrol kaybına bağlı olarak fekal inkontinans da görülebilir (14). Fekal inkontinansın görülme oranı toplumda %1-10 arasında değişirken, huzurevlerinde bu oran %10-60'lara kadar çıkmaktadır (23).

Hemşirelik Tanıları: Beslenmede değişiklik, gereksinimden az/fazla beslenme, yutma bozukluğu, aspirasyon riski, konstipasyon, oral mukoz membranlarda değişiklik, fekal inkontinans (7,8,12).

VII. ÜRİNER SİSTEM FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLERİ

Yaşlılıkta, böbreklerin dokusu küçülür, böbreğe kan akımı azalır, sekresyon ve absorpsiyon yeteneği azalır ve progresif olarak nefron kaybı görülür (8,10,11,21). Hücresel ve vasküler nedenlerle glomerüler filtrasyon hızı yavaşlar (11,14). Böbrek fonksiyonları, 30'lu yaşlarda azalmaya başlar ve 60'lı yaşlarda yarıya kadar iner. Böbrek fonksiyon kaybı sonucu eritropoetin yapımı ve kalsiyum metabolizmasında bozulmaya bağlı kemik yoğunluğunda azalma görülebilir (3). Böbreğin, idrarı konsantre etme ve sodyum tutma yeteneğinde azalma

ve susuzluk algılanmasındaki yetersizlik nedeniyle sıvı elektrolit dengesizlikleri gelişebilir (810). Mesane kapasitesi azalır; mesane kasları idrar yapmanın dışında da kendiliğinden bazen kasılıp idrar yapma hissi uyandırır, nokturnal poliüri görülebilir (14,16). Yaşlılarda mesane kaslarının zayıflaması rezidü idrar miktarının artmasına ve bunun sonucunda inkontinansa neden olur (4,12). Kadınlarda menopozla azalan östrojenin etkisiyle üretra kısalır, iç yüzey kalınlığı azalır ve üretra sfinkter tonusu azalmasına bağlı olarak idrar inkontinansı görülebilir (4,23). Çok ve sık aralıklı gebelikler nedeniyle pelvik yapının zayıflaması kadınlarda inkontinansın diğer bir nedenidir (24). Erkeklerde ise, prostatın idrar geçişini engelleyecek kadar büyümesi sonucu üriner retansiyon gelişebilir (14,17). Yaşlı bireylerde üriner enfeksiyon gelişme riski artmakla birlikte kadınlarda %20, erkeklerde %10 oranında görülmektedir. Yaşlı bireylerde üriner enfeksiyon etkeni %60-70 oranında E.coli ve en sık nedeni idrar kateteri uygulamalarıdır. Bu nedenle yaşlılarda idrar kateteri uygulamalarında aseptik tekniklere çok dikkat edilmelidir (20).

Hemşirelik Tanıları: Sıvı volüm eksikliği, sıvı elektrolit dengesizliği, idrar yapma alışkanlığında değişiklik, üriner inkontinans, üriner retansiyon, üriner enfeksiyon gelişme riski (8,12).

VIII. ÜREME SİSTEMİ FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLERİ

Yaşlılığın kadın üreme sistemi üzerine etkisine bakıldığında; hormonal seviyedeki azalma nedeniyle uterus ve overlerde atrofi görülür. Vajen dokusu daha ince, kuru ve daha az elastik iken; memeler daha sert, fibröz ve meme başı duyarlılığı azalmıştır. Menopoz döneminde başlayan bu değişikliklerin bazıları seksüel aktivite ile ilişkili olabilir (4,8). Ancak, çoğu kadın için yaş seksüel aktivite üzerinde bir etkiye sahip değildir. Erkeklerde genital sistem değişiklikleri daha az görülmekle birlikte çoğu erkek ölene kadar fertildir (4). Erkeklerde görülen değişiklikler; testesteron üretiminde azalma, sperm sayısı ve seminal sıvıda azalma, penis ve testislerde küçülme ve prostatta büyüme olarak sıralanabilir (8).

Hemşirelik Tanıları: Cinsel yaşamda değişiklik, beden imajında bozulma, cinsel işlev bozukluğu (8,12).

IX. ENDOKRİN SİSTEM FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLERİ

Hormonal sistemde meydana gelen değişikliklerin seksüel, kemik-mineral, kas-iskelet sistemi üzerine olumsuz etkileri vardır (4). Yaşlanma süreci ile birlikte dokuların insüline

yanıtının azalması ve/veya glikoza karşı insülin salgılanmasındaki azalma nedeniyle glikoz toleransında azalma görülür. Bu yüzden yaşlılarda tanı amacıyla oral glukoz tolerans testi (OGTT) kullanılması sakıncalı olabilir. Tiroid bezinin küçülmesine bağlı olarak bazal metabolizma hızında yavaşlama görülür. Kadınlarda yaşlılığın başlıca belirtisi, östrojen azalmasına bağlı gelişen menopozdur. Menopoz ve paratiroid hormon artışı sonucu osteoporoz riski de artmaktadır. Erkeklerde ise; testosteron salınımında azalma daha geç ve yavaş gelişir. (11).

Hemşirelik Tanıları: glukoz intoleransı, bilgi eksikliğinin giderilmesi amacıyla menopoz, andropoz, osteoporoz konusunda hastaların bilgilendirilmesi (7,8).

X. BAĞIŞIKLIK SİSTEMİ FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLERİ

Bağışıklık sisteminin fonksiyonlarındaki yavaşlamaya bağlı olarak enfeksiyonlara karşı hassasiyet artar ve enfeksiyonlar daha ciddi seyrederek. Pnömoni ve influenza enfeksiyonları yaşlılarda daha ciddi sorunlara neden olmaktadır. Erken yaşlarda tüberküloz ile enfekte olanlarda, yaşlılıkta bağışıklık sisteminin zayıflamasıyla tüberküloz alevlenmeleri (reaktivasyon tüberkülozu) sık görülmektedir (10). Otoimmün hastalıklar da yaşlılarda daha sık gelişmektedir (4). Yaşlılarda, immün hücrelerin kanser hücreleri, bakteri ve diğer yabancı cisimler ile savaşma hızları azalmıştır (10). Yaşlılarda kanser sıklığının artmasının nedenlerinden biri inmmün sistemin zayıflamasıdır (11). Yaşlılarda görülen alerjik semptomların ciddiyetindeki azalma, bağışıklık sistemindeki değişikliklerin tek olumlu sonucudur (4).

Hemşirelik Tanısı: Enfeksiyon riski, yara iyileşmesinde gecikme (7,12).

SONUÇ

Yaşlanma hücresel seviyeden organ seviyesine kadar sonuçları bir bütün içerisinde değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Bu süreçte bedensel olarak gelişen fizyolojik değişiklikler kişinin yaşam kalitesini etkileyen, yaşlının gerçek yaşamda hissettiği ve organ seviyesinde işlev kayıpları ile sonuçlanan değişimlerdir (4). Yaşlı hastaya bakım verirken bu değişimler mutlaka akılda tutulmalıdır. Diğer taraftan bu değişimlerin takibi ve yaşlının ailesinin bu değişimlerden doğan yeni duruma uyum göstermesinin sağlanması da temel hedefler arasında olmalıdır. Bu doğrultuda; yaşlı bireye verilecek olan bakım; kronik hastalıkların yönetimi, hijyenik bakım, beslenme, eliminasyon, hareket, uyku ve dinlenme,

vücut ısısının düzenlenmesi, giyinme, yardımcı cihazların kullanılması, ilaç kullanımı alanlarında olmaktadır. Hemşire, yaşlının fizyolojik değişikliklere bağlı olarak değişen beslenme, hareket, egzersiz ve algılama özelliklerini dikkate alarak eğitim ve bakım uygulamalarını planlamalıdır (25).

KAYNAKLAR

1. Fadiloğlu Ç (ed.), Fadiloğlu Ç. Yaşlılığın Toplumsal Boyutu: İleri Geriatri Hemşireliği. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir - 2006. ss:19-34.
2. Alparslan GB, Akdemir N. Hemşirelik Bakımı Açısından Yaşlıda Besin-İlaç Etkileşimleri. Akad Geriatri 2011;3:17-21.
3. Özbek Z, Öner P. Geriatrik Fizyolojik Ve Biyokimyasal Değişiklikler. Türk Klinik Biyokimya Dergisi 2008;6(2):73-80.
4. Nalbant S. Yaşlılıkta Fizyolojik Değişiklikler. Nobel Medicus Online Dergi, 2008, www.nobelmedicus.com/contents/200842/04-11.htm.
5. Evers BM, Townsend CM, Thompson JC. Organ Physiology Of Aging. Surg Clin North Am 1994;74(1):23-39.
6. Enç N. Yaşlılık ve Bakım Gereksinimleri. 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi; 14-19 Eylül 2004, Antalya, 2004. p 209-210.
7. Akdemir N (ed.), Birol L (ed.), Akdemir N. Yaşlılık Sorunları ve Hemşirelik Bakımı: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Sistem Ofset, Ankara – 2004. ss:163-189.
8. Karadakovan A (ed.), Eti Aslan F (ed.), Karadakovan A. Yaşlılık ve Bakım: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi, Adana – 2011. ss:119-141.
9. Kanbur F. Yaşlı Hastalarda Hemşirelik Bakımı. Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu, 12-13 Kasım 1998, İstanbul, 1998. p 143-146.
10. Yasavul Ü (ed.), Arıoğul S. Geriatrik Yaş Grubunda Fizyolojik Değişiklikler: Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara – 2003. ss:812-819.
11. Arpacı F. Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları, Ankara – 2005. ss:33-40.
12. Özdemir L, Akdemir N, Akyar İ. Hemşireler İçin Geliştirilen Yaşlı Değerlendirme Formu. Türk Geriatri Dergisi 2005;8:94-100.
13. Aydın D. Yaşlıda İmmobilite Ve Sonuçları. Nobel Medicus 2007;3(2):12-17.

14. Boss GR, Seegmiller JE. Age-Related Phsiological Changes And Their Clinical Significance. *Geriatric Medicine* 1981;135(6):434-440.

15. Güler G, Güler N, Kocataş S ve ark. Yaşlıların Sağlık Bakım Gereksinimleri. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2009;31:367-373.

16. Smith CM, Cotter VT. Nursing Standard Of Practice Protocol: Age-Related Changes İn Health. Hartford İnstitute For Geriatric Nursing, New York, 2008.

17. Kasper D (ed.), Braunwald E (ed.), Fauci AS (ed.), Hauser SL (ed.), Longo DL (ed.), Jameson JL (ed.), Resnick NM, Dosa D. *Geriatric Medicine: Harrison's Principles of Internal Medicine*. McGraw-Hill Companies, New York – 2005 ss:43-53.

18. Priebe HJ. The Aged Cardiovasculer Risk Patient. *British J Anaesthesia* 2000;85(5):763-778.

19. Aydın ZD. Toplum Ve Birey İçin Sağlıklı Yaşlanma: Yaşam Biçiminin Rolü. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2006;13(4):43-48.

20. Fadıloğlu Ç (ed.), Esen A. Yaşlılık ve Enfeksiyon: İleri Geriatri Hemşireliği. *Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir – 2006. ss:103-116.*

21. McAuley DF. Clinical Concerns In The Geriatric Patient. 2005, www.globalRPh.com.

22. Alparslan GB, Akdemir N. Hemşirelik Bakımı Açısından Yaşlıda Besin-İlaç Etkileşimleri. *Akad Geriatri* 2011;3:17-21.

23. Fadıloğlu Ç (ed.), Parlar S. Yaşlılarda Görülen İnkontinans: İleri Geriatri Hemşireliği. *Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir – 2006 ss:117-128.*

24. İlçe A, Ayhan F. Yaşlılarda Üriner Ve Fekal İnkontinansın Belirlenmesi, Yaşam Kalitesine Etkisi: Bilgilendirme Ve Eğitim. *Anatol J Clin Investig* 2011;5(1):15-23.

25. Akdemir N, Akyar İ. Geriatri Hemşireliği. *Akad Geriatri* 2009;1:73-81.

EGZERSİZ ESNASINDA ENERJİ TÜKETİMİNDE LEPTİN Mİ KARNİTİN Mİ DAHA ETKİLİDİR?

Nevzat DEMİRCİ¹

ÖZET

Leptin, enerji alımı ve tüketimindeki değişikliklerin bir sensörü olarak iş görür. Fazla enerji alımında vücutta yağ birikmesine engel olduğu bilinse de, enerji kısıtlandığında konsantrasyonu azaldığı için leptinin anti-açlık hormonu olduğu söylenebilir. Leptin eksikliğinin obezite ile sonuçlandığı, günümüzde artık oldukça iyi bilinen ve kabul edilmiş bir gerçektir. Egzersizin enerji tüketimini artırarak enerji dengesini değiştirdiği ve yağ kitlesinin azalmasına neden olduğu bilinmektedir. Egzersizin leptin üzerine etkilerini inceleyen birçok araştırmanın temelinde bu gerçek yatmaktadır. Karnitin ise, uzun zincirli yağ asitlerinin beta oksidasyonu için mitokondri matrisine taşınmasına aracılık ederek yağ metabolizmasında önemli bir rol oynar. Karnitin yağ asitlerini hücredeki mitokondriye (yağ yakma odası) taşır. Bu da vücudun gereksiz fazla yağ kütlelerinden kurtulup kilo kaybının yağ dokusundan verilmesini sağlar. Bu nedenle, bu derleme yazısında egzersizde leptin mi, karnitin mi daha fazla kalori harcanmasına neden olur sorusunu cevaplandırmak amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Egzersiz, Leptin, L-Karnitin, Enerji

ARE LEPTIN OR CARNITINE MORE EFFECTIVE IN CONSUMING ENERGY DURING DOING EXERCISE?

ABSTRACT

Leptin studies such as a sensor of changes in getting and consuming energy. As if it is known that it stops the collecting of body fat while getting more energy, it may be said that it is an anti-hunger hormon when the energy is decreased because of lessening the concentration. It is known well and accepted reality that the lack of Leptin leads to obese. It is known that exercise changes the balance of energy and decreases the body fat mass by increasin the energy consuming. In the basement of many researches carried out by a lot of researchers about the effect of exercises on Leptin, there is the same reality. Carnitine plays an important role in lipid metabolism by transporting long-chain fatty acids into the mitochondria for beta-oxidation. Carnitin carries body fat acids into the mitocondria (firing room of body fat). It provides giving weigh loose from the body fat tissues after leaving the body fat mass. For that reason, in this study it was planned to answer the question of if the Leptin or Carnitin are more effective to spend more calory.

Keywords: Exercise, Leptin, L-Carnitine, Energy

¹Kafkas Üniversitesi Eğitim Fakültesi Özel Eğitim Bölümü Yardımcı Doçent

İletişim/Corresponding Author: Nevzat DEMİRCİ

Geliş Tarihi / Received : 21.12.2012

Tel: +90 4742251352e-posta: e-posta:nevzatdemirci44@hotmail.com

Kabul Tarihi / Accepted: 12.06.2013

GİRİŞ

Organizmada pek çok kompleks fonksiyonun sürdürülebilmesi, sürekli olarak enerji üretimi ile gerçekleşir. Egzersiz sırasında yapılan egzersizin tipine ve süresine bağlı olarak da enerji gereksinimi artar. Bu gereksinimin ya organizma tarafından karşılanması ya da egzersizin hemen sonlandırılması gerekir (1). 1994 yılında tanımlanan leptin hormonu, başlıca yağ dokusu hücrelerinden salgılanan bir hormon olup, hipotalamus düzeyinde etki ederek iştahı azaltmaktadır. Ayrıca, vücutta enerji tüketimini artırarak kilo artışına engel olmaktadır (2). Leptin, enerji alımındaki ve tüketimindeki değişikliklerin bir sensörü olarak iş görür. Fazla enerji alımında vücutta yağ birikmesine engel olduğu bilinse de, sınırlı enerji alımında enerji tüketimini kısıtlayarak açlığa fizyolojik uyumu sağladığı için leptinin bir anti-açlık hormonu olduğu söylenebilir. Egzersizin enerji tüketimini artırarak enerji dengesini değiştirdiği ve yağ kitlesinin azalmasına neden olduğu bilinen bir gerçektir. Egzersizin leptin üzerine etkilerini inceleyen birçok araştırmanın temelinde bu gerçek yatmaktadır (3). Enerji dengesini değiştirebilecek ölçüde enerji tüketimine yol açan egzersizler leptin düzeylerinin değişmesine yol açmaktadır. Kısa süreli (<60 dakika) egzersizler leptin düzeylerinde değişikliğe yol açmazken, uzun süreli (≥60 dakika) egzersizlerin ise leptin düzeylerinde azalmaya neden olduğu ileri sürülmektedir (4, 5).

L-karnitin serbest yağ asidi (Free Fatty Acids, FFA) metabolizmasında ve glikoz oksidasyonunda önemli rol oynayan doğal bir aminoasittir. Yağ asidi metabolizması üzerine temel etkisi; FFA'nin mitokontri içine transportunu gerçekleştirerek β- oksidasyonuna uğramalarını sağlamaktadır (6). Kas ve bir çok doku için gerekli enerji, trigliserit (TG) hidrolizasyonu ile açığa çıkan FFA'nin hücre içine girerek mitokondriumda β-oksidasyona uğraması ile sağlanır. Hücre içinde CoA ile aktive olan FFA, açıl grubunun karnitin'e bağlanması ile mitokondrial matrikse taşınarak asetil CoA'ya indirgenir. Böylece kimyasal enerji (ATP) büyük ölçüde, açıl-CoA ların β-oksidasyonu ile lipidlerden sağlanır. Karnitin, mitokondride oluşan açıl gruplarını sitozole taşıyarak hücre membran stabilizasyonunu da etkiler (7).

Serbest yağ asitleri dayanıklılık egzersizleri sırasında temel yakıt olarak kullanılır ve vücudun FFA metabolizmasındaki artışı glikojen depolarının idareli kullanımını sağlarken egzersizler daha uzun bir süre sürdürülebilmektedir. Çünkü karnitin, yağ asitlerinin oksidasyonunun artırılmasında rol alarak hem yağlardan daha fazla enerji üretilmesine hem de kas glikojen depolarının ekonomik kullanımına yardımcı olduğu ileri sürülmektedir.

I. LEPTİN

Leptin 167 amino asitten oluşan bir peptit olarak sentezlenmekte ve 21 amino asitlik sinyal peptidin molekülünden ayrılmasından sonra 146 amino asitlik 16 kDa molekül ağırlığında bir peptit hormon olarak kan dolaşımına salgılanmaktadır (8). Leptin başlıca beyaz yağ dokuda üretilmekle beraber leptin geni ayrıca plasental ve fetal dokularda, meme bezi, mide, kaslar ve kahverengi yağ dokuda da eksprese edilmektedir (9, 10). Leptin, etkilerinin çoğunu merkezi sinir sisteminde ve periferik dokularda (akciğer, böbrek, karaciğer, kalp, pankreasın endokrin kısmında, adrenal bezler, uterus, ovaryum, testis, hematopoitik hücreler, iskelet kası, adipoz doku vb.) bulunan reseptörleri ile etkileşerek gösterir (11, 12).

II. LEPTİNİN FİZYOLOJİK ETKİLERİ

Leptin sirkadiyen bir ritime sahiptir, kan seviyeleri kortizolün aksine gece artar, gecenin ortasında (03:00'te) en yüksek düzeyine ulaşır (13). Yaşlanmayla birlikte plazma leptin seviyesi azalır, bu azalma kadınlarda daha belirgindir ve vücut kitle indeksi (VKİ) ve diğer endokrin değişikliklerden bağımsızdır (14). Leptin seviyesini etkileyen birçok faktör vardır. Bunlardan obezite, aşırı beslenme, bozulmuş böbrek fonksiyonları, insülin, glukoz, glukokortikoidler, tümör nekrozis faktör-alfa (TNF-alfa), östrojen, endotoksin, interlökin-1 (IL-1) ve alkol serum leptin seviyesini artırırken; androjenler, açlık beta adrenerjik reseptör agonistleri, büyüme hormonu, soğuğa maruz kalma, egzersiz, somatostatin, c-AMP, sigara ve serbest yağ asitleri ise serum leptin düzeyini azaltır (15).

Leptin eksikliğinin obezite ile sonuçlandığı, günümüzde artık oldukça iyi bilinen ve kabul edilmiş bir gerçektir (16). Obez insanlarda serum leptin konsantrasyonları obezite göstergeleri olan VKİ ve vücut yağ kitlesi oranı ile pozitif bir korelasyon göstermektedir (4, 17). Bununla birlikte, leptin antiobezite etkisini başlıca enerji alımını azaltarak (iştahın azaltılarak daha az gıda alınması) ve enerji harcanımını artırarak (sempatik sinir sistemi aktivasyonu, termogenezis, artmış oksijen tüketimi) göstermektedir (18).

III. LEPTİN ENERJİ DENGESİ VE EGZERSİZ

İştah artışında önemli rol oynayan nöropeptit Y'nin leptin tarafından baskılandığı, leptinin fazla enerji alımında ise vücutta yağ birikmesine engel olduğu ileri sürülmüştür.(19, 20). Enerji tüketimindeki güçlü değişikliklerin serum leptin düzeylerinin değişmesine yol açabildiğini bildiren Leal-Cerro ve ark. (21), maraton koşucularında 2800 kalorilik enerji

tüketiminden sonra leptin düzeylerinin azaldığını göstermişlerdir. Essig ve ark (9), VO₂max'ın % 70'inde yapılan egzersizlerden hemen ve 24 saat sonra değişmeyen leptin konsantrasyonlarının 48 saat sonra % 30 azaldığını bulmuşlardır. Olive ve ark. (4) leptin değerlerinin VO₂max'ın % 70'inde yapılan 60 dakikalık egzersizden hemen sonra değişmediğini, 24 ve 48 saat sonra ise % 18 ve % 40 azaldığını bildirmişlerdir. Gökbel ve ark. (22), sıçanlarda zorlu egzersizden 48 saat sonra leptin düzeyinin azaldığını göstermişlerdir. Egzersizin enerji tüketimini artırarak enerji dengesini değiştirdiği ve yağ kitlesinin azalmasına neden olduğu bilinen bir gerçektir. Egzersizin leptin üzerine etkilerini inceleyen birçok araştırmamanın temelinde bu gerçek yatmaktadır (Tablo 1).

Bugüne kadar egzersizin leptin seviyelerine etkileriyle ilgili farklı sonuçların bulunmuş olması egzersizdeki leptin değişikliklerinden gıda alımındaki dalgalanmaların ve diğer faktörlerin sorumlu olabileceğini akla getirmekle beraber, enerji dengesini ya da vücut yağ kitlesini etkileyecek yoğunluktaki egzersizlerin leptin salgılanmasını değiştirdiği söylenebilir. Ayrıca fiziksel egzersizlerin plazma leptin konsantrasyonlarını azaltarak enerji alımını arttıracığı beklenmektedir. Dolayısıyla, egzersiz ile artan enerji harcaması benzer bir enerji alımı ile telafi edilecektir.

IV. L- KARNİTİN

Yapı olarak koline benzeyen, 3 metilli bir amino asit olan L-karnitin (β -hidroksi- γ -trimetilamonyum butirik asit) küçük, suda eriyebilen vitamin-benzeri bir maddedir. Hücrede enerji üretimi için beta-oksidasyona uğrayacak olan uzun zincirli yağ asitlerinin mitokondri matriksine taşınmasında kofaktör rolü oynar (Judith L Flanagan). İlk kez 1905 yılında hayvan kaslarından izole edilen karnitin kimyasal yapısı 1927'de belirlenmiştir. L-karnitin, lipid katabolizmasında çok önemli rolü olan kuartern bir amino bileşiğidir. Karnitin, açıl- Co-A bileşiklerinin membran transportu, özellikle uzun zincirli yağ asitlerinin intramitokondrial transportu için esansiyel faktördür. Dokuda yeterli konsantrasyonda karnitin yoksa uzun zincirli yağ asitlerinin oksidasyonu engellenir ve hücresel enerji metabolizması bozulur. Karnitin % 75'i diyetten vücuda alınmaktadır. Ayrıca % 25'i vücutta iskelet kası,kalp, beyin, karaciğer ve böbrek gibi organlarda esansiyel amino asitler olan lizin ve metioninden endojen olarak sentezlenebilmektedir (31).

Tablo 1. Egzersizin Leptin ve Enerji Dengesi Üzerine Etkileri ile İlgili Çalışmalar

Yazarlar	Kişi Sayısı (n)	Süresi	Araştırılan Parametreler	Sonuçlar
Dirlewanger M et al (1999), (23)	n: 4 (erkek) n: 7 (bayan)	3 gün, günde 2 kez 30 dak. Egzersiz yaptırıldı	Plazma leptin düzeylerine bakıldı	Enerji dengesi azalmasına rağmen leptin konsantrasyonu değişmedi.
George A et al (1999), (24)	n: 6 (erkek) n: 3 (bayan)	Kısa süreli egzersiz yaptırıldı	Leptin ve enerji dengesine bakıldı	Leptin düzeylerindeki azalmanın enerji dengesinden olabileceği belirtildi.
Essind DA et al (2000), (5)	n:19 (sağlıklı orta yaşlı bayan)	6 ay süre ile haftada 3 gün günde 60 dak egzersiz yaptırıldı	Serum leptin düzeylerine bakıldı	Serum leptin düzeylerin de anlamlı değişiklik olmadı.
Reseland JE et al (2001),(25)	n: 186 (erkek)	1 yıl süre ile uzun süreli egzersiz yaptırıldı	Plazma leptin düzeyi, vücut kitle indeksi(VKİ) gıda alımının azaltılması	Plazma leptin düzeylerinde anlamlı azalma, artan fiziksel aktivite ile yağ kütlesinde azalma gözlemlendi.
Olive JL et al (2001), (4)	n: 9(erkek sporcu)	1,24,48 saatlik%70 şiddetinde kısa süreli egzersiz yaptırıldı	Plazma leptin konsantrasyonu ve enerji dengesine bakıldı	Leptin düzeylerinin 1 saatlik egzersizden sonra değişmediği 24 ve 48 saat sonra ise %18 ve %40 azaldığı belirlendi.
Gomez Merino Det al (2002), (26)	n: 26 (erkek)	4 haftalık kısa süreli egzersiz yaptırıldı	leptin düzeyleri ve VKİ'ne bakıldı	VKİ'de azalma olmadan serum leptin düzeylerin azalma gözlemlendi.
Sütken E ve Ark (2006), (27)	n: 7 (erkek) n: 7 (bayan) atlet	4 ay uzun süreli orta şiddette egzersiz yaptırıldı	leptin düzeyleri ve VKİ'ne bakıldı	Uzun süreli orta şiddette egzersizin vücut yağ yüzdesinin azalmasına bağlı olarak leptin düzeylerini baskıladığı gözlemlendi.
Azizi M et al (2011), (28)	n:24 (Bayan)	8 hafta süre ile haftada 3 gün günde 30 dak aerobik antrenman yaptırıldı	serum leptin düzeylerine bakıldı	Serum leptin düzeylerde azalma ve kilo kaybı gözlemlendi
Koushki MH et al (2012), (29)	n: 23 Erkek öğrenci	3 Ay süre ile % 60-85 şiddetinde Koşu egzersizi	Plazma leptin, glikoz, insülin, laktat düzeylerine bakıldı	Plazma leptin, glikoz, insülin, düzeylerinde azalma, laktat konsantrasyonunda ise artış gözlemlendi.
Shahram S et al (2012), (30)	n:30 (bayan) öğrenci	12 hafta, haftada 3 gün %80 şiddeti egzersiz yaptırıldı	leptin düzeyleri ve VKİ'ne bakıldı	Leptin düzeylerinde ve VKİ'de azalma olduğu belirlendi

V. L-KARNİTİN VE FİZYOLOJİK ETKİLERİ

Karnitinin esas görevi, mitokondrial matriks geçişi için, uzun zincirli yağ asitlerinin açıl karnitine dönüşmesini sağlamaktır (32). Karnitin, enerji oluşması için keton metabolizmasında görev alır ve dallı-zincirli amino asitlerin (valin, lösin ve izolösin) enerjiye dönüşmesinde rol oynar (33). İnsanların kaslarındaki karnitin miktarı ile bioenerjistik yollar arasındaki ilişki, subra-fizyolojik karnitin konsantrasyonunun yararları ile ilgili bazı spekülasyonlara neden olmuştur. Karnitinin egzersiz performansı üzerine fizyolojik ve biyokimyasal etkileri çeşitli spesifik mekanizmalarla gerçekleşmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Karnitin İlavesinin Egzersiz Performansı Üzerine Fizyolojik Ve Biyokimyasal Etkileri

1.	Kaslardaki yağ asidi oksidasyonunu artırır (34),
2.	Kas glikojen depolarının ekonomik kullanımına yardımcı olur (35),
3.	Kaslarda kullanılan glikoz, yağ asidi substratlarını değiştirir (36),
4.	Substratların oksidasyonunu kolaylaştırır (37),
5.	Kaslardaki asilkarnitin üretimini artırarak asil-CoA içeriklerini azaltır (38,39),
6.	Asil-CoA'yı azaltarak piruvat dehidrojenazei aktifleştirir (35),
7.	Kas yorgunluğunu azaltır (40),
8.	Antrenman süresince karnitin kaybını yeniler (35),
9.	Toksik asil grupların içeriklerini azaltır (41),
10.	Kaslara gelen kan akımını arttırmak için sekonder vasodilatasyonu artırır (35).

Karnitinin mitokondriyal yağ asidi oksidasyonu için gerekli olması, karnitin miktarı arttığında yağ asidi oksidasyonunun da artabileceği ihtimalini doğurmaktadır (34). Keza, karnitinin kaslarda yağ asidi oksidasyonunu artırarak kasların glikojen kullanımını dolayısıyla da kas yorgunluğunu azalttığı ifade edilmiştir (42). Karnitinin egzersiz esnasındaki glikoz oksidasyonu; asetil karnitin miktarını artırıp, asetil-CoA aktivasyonunu azaltarak piruvat dehidrojenazei aktifleştirmek suretiyle arttırdığı, dolayısıyla da laktat birikimini azalttığı bilinmektedir (43). Şiddetli egzersizlerde iskelet kasındaki karnitin bileşiklerinden asetilkarnitin miktarı azaltılarak, karnitinin organizmadaki miktarı dengede tutulmuş olur (44).

VI. L- KARNİTİN, ENERJİ DENGESİ VE EGZERSİZ

Karnitin hücrede enerji üretimi için beta-oksidasyona uğrayacak olan uzun zincirli yağ asitlerinin mitokondri matriksine taşınmasında önemli rol oynayarak, vücudun fazla yağ külesinden kurtulup kilo kaybının yağ dokusundan verilmesini sağlar. Karnitin sporcuların bedensel performans potansiyellerini holistik (bütünsel) olarak yükseltir ve onları kısa sürede gerçekten sağlam hale getirir. Kasların gücünü artırır. Mevcut kas kitlesini korur, geliştirir ve yeni kas gelişimini sağlar. Ekstrem performans gösterme durumlarında vücudu incinme ve yırtılmalardan korur, kas yaralanmalarını azaltır. Kas ağrıları, yorgunluk ve bitkinliği azaltır (45).

Normal beslenme yoluyla vücudunuzun günlük karnitin alımı ortalama 20-25 mg'dır. Yoğun spor yapıldığında veya stres altında iken günlük L -Karnitin gereksinimi 1200 mg'a kadar yükselir. Bu durumda vücudumuz L- karnitin ihtiyacını kaslardaki proteinleri parçalayarak (lysine ve methionin amino asitlerini) sentezleyerek karşılar, vücudumuz 1 gr L-karnitin üretebilmek için 30 gr kas kitlesini eritir. Bir maraton koşusunda vücut 2 gr' dan fazla L- karnitin kaybeder. Sporcular ihtiyaçları olan ekstra L karnitin` i mutlaka dışarıdan takviye etmelidirler. L-Karnitin`in sporcular için en büyük yararlarından biri de karnitin`in vücut hücrelerine oksijen alımını hızlandırma yeteneğidir (% 6 ya kadar). Bu da ağır fiziksel aktivite zamanında ihtiyaç duyulan oksijenin daha yüksek oranda mevcudiyetini sağlar. Fiziksel yorgunluğu giderir. Egzersiz esnasında kaslarda laktik asit birikimi olur ve bu yorgunluğa sebep olur. Egzersiz öncesi L- karnitin kullanımı kaslarda laktik asit birikimini azaltarak yorgunluk ve bitkinliğin başlamasını geciktir. Bununla birlikte, Sporcularının karnitin kullanma sebepleri, uzun zincirli yağ asitlerini mitokondri matriksine taşınmasında gerekli bir aracı olarak görev yapmaları ve bu özelliğinden dolayı yüksek yoğunluklu egzersizlerde karnitin, yağ asitlerinin oksidasyonunun artırılmasında rol alarak hem yağlardan daha fazla enerji üretilmesine hem de kas glikojen depolarının ekonomik kullanımına yardımcı olmak, maksimal oksijen tüketimini (VO₂max) artırmak şeklinde sıralanabilir (22, 46). L- karnitin`nin egzersiz ve enerji dengesi üzerine etkileri ile ilgili çalışmalar (Tablo 3)'te gösterilmiştir.

Tablo 3. L- Karnitin'nin Egzersiz ve Enerji Dengesi Üzerine Etkileri ile İlgili Çalışmalar

Yazarlar	Kişi Sayısı (n)	Süreler	Araştırılan Parametreler	Sonuçlar
Marconi C et al (1985), (42)	n: 6 yürüyüş yarışçısı	2 hafta süre ile egzersiz yaptırıldı	VO ₂ max, RQ bakıldı (solunum katsayısı) 2 gr/kg/gün oral yolla	VO ₂ max'da artış oldu, RQ'de değişiklik gözlenmedi
Greig C et al (1987),(47)	n: 9 antrenmanlı kişi	14 gün süre ile egzersiz yaptırıldı	VO ₂ max ve laktat düzeylerine bakıldı 2 gr/kg/gün oral yolla	VO ₂ max ve laktatta değişiklik belirlenemedi.
Dragan GL et al (1987),(48)	n:40 elit atlet	21 gün süre ile egzersiz yaptırıldı	VO ₂ max düzeylerine bakıldı 3 gr/kg/gün oral yolla	VO ₂ max arttı
Vecchiet L et al (1990) (49)	n:10 Antrenmanlı genç erkekler	her 3 dak bir 50 W artışla bisiklet ergometresinde egzersiz yaptırıldı	Egzersizden önce 2 gr/kg/gün karnitin verildi, laktat düzeyine bakıldı	Egzersiz öncesi karnitin kullanımının VO ₂ max'da artış, laktat düzeylerinde azalma belirlendi.
Arenas J et al (1991), (50)	n: 24 atlet	6 ay antrenman yaptırıldı	Kas karnitin miktarı bakıldı, 2 gr/kg/gün karnitin	Antrenmanın kas karnitin miktarını engellediği tespit edildi.
Huertas R et al (1992), (51)	n: 14 atlet	4 hafta antrenman yaptırıldı	Mitokonriyal elektron taşınmasında enzim Aktivitelerine bakıldı 4 gr/kg/gün karnitin	Karnitin ile ilgili enzim aktivitelerinde artış gözlemlendi.
Arenas J et al (1994), (52)	n:16 uzun mesafe koşucuları	4 hafta düzenli egzersiz yaptırıldı	Kas piruvat dehidrojenaz ve karnitin palmitoyltransferaz aktivitesine bakıldı 2 gr/kg/gün karnitin verildi	Piruvat dehidrojenazı arttırdı. Fakat karnitin palmitoyltransferaz aktivitesinde değişiklik belirlenmedi.
Çetin E (2004), (53)	n: 6 (erkek) n: 6 (bayan)	Haftada 6 gün düzenli egzersiz	Sporcular 3 gruba ayrıldı. 1. grup 7 gün kreatin, 2. Gruba 7 gün 2 gr/kg/gün karnitin verildi	Sporcularda kreatin ve karnitin yüklemesinin yarışma performansını etkilemediği belirlendi
Gültük S ve Ark (2006), (54)	n: 20 adet erkek wistar albino sıçan üzerinde yüzme testi yaptırıldı	20 gün süre ile deney gurubuna 100 mg/kg/ gün karnitin verildi	Karnitin'in dayanıklılık üzerine etkisine bakıldı	Karnitin'in dayanıklılık performansını olumlu etkileyeceği belirtildi. Karnitin'in bu etkisinin VO ₂ max'ı arttırarak yapabileceği ileri sürüldü.
Smith WA et al (2008), (55)	n: 20 erkek ve bayan	8 hafta süre ile aerobik ve anaerobik egzersiz yapıldı	Egzersiz öncesi 1 gr/kg/gün karnitin verildi	L- karnitin kullanımının aerobik ve anaerobik egzersiz üzerinde etkilerinin olduğu belirlendi
Benjamin T et al (2011), (56)	n: 14 sağlıklı sporcu	12 hafta süresince haftada 3 gün, günde 30 dak. %50-%80 şiddetinde bisiklet ergometresinde egzersiz yaptırıldı	Total karnitin, VKİ ve laktat düzeylerine bakıldı	Egzersiz şiddeti arttıkça laktat düzeylerinde artış, VKİ'de azalma ve ATP üretiminde artış gözlemlendi.

Egzersiz ile birlikte ilave karnitinden maksimal sonuç elde etmek için; uygulama süresinin, izlenecek yolun ve dozun çok iyi bilinmesi gerekir. Özellikle de uygulanacak doz, karnitin farmakokinetiğini önemli derecede etkiler. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar genellikle; ya performans ya da metabolizmayı artırıcı yönde geliştirilmiştir. Diyetle alınan L- karnitin egzersiz performansını arttırdığı ve iyileşmede de faydalı olduğu bazı çalışmalarda (57, 558, 59) gösterilmiştir. Buna karşın bazı çalışmalarda ise (60, 61) herhangi bir faydası tespit edilememiştir. Karnitin ilavesinin laktat birikimini azaltmak, VO_2max ve yağ asidi oksidasyonunu artırarak egzersiz esnasında enerji tüketiminde etkinliğini gösterdiği ifade edilmektedir. Bununla birlikte; L-karnitin maksimum oksijen tüketimi ve solunum katsayısı üzerinde yararlı olmadığını söyleyen çalışmalarda bireysel farklılıklar ya da metodolojik yaklaşımlar bu sonucu çıkarmış olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bilgilerden yola çıkarak; leptin beyin (özellikle hipotalamus) üzerindeki negatif “feedback” etkisi ile gıda alımını azaltarak enerji metabolizmasını düzenler. Böylece obezite gelişimini engellemiş olur. Kısacası leptin, beyinde kilo alımına neden olan anabolik sinyal iletimini inhibe ederek, enerji harcanmasını arttıran katabolik sinyal iletimini ise aktifleştirerek kilo alımını engellemiş olur. Diğer taraftan; L- karnitin yağ asitlerini mitokondrilere taşıyarak, yağdan enerji üretilmesini sağlar. Aynı zamanda kas glikojen depolarını ekonomik olarak kullanarak, yoğun egzersizlerde karbonhidratların tüketimine bağlı olarak oluşabilecek laktik asit birikimini buna bağlı olarakda yorgunluk hissini önler.

Sonuçta; egzersiz esnasında performansı ve enerji tüketimini arttırarak kilo kaybını hızlandırmak için L-karnitin daha etkili olabileceği, form tutmak ve ekstra kilo alımını engellemek amacıyla yapılan uzun süreli egzersizlerde ise, leptinin biyolojik etkilerinin daha baskın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Leptin, karnitin ve egzersizdeki enerji metabolizması üzerine bir çok çalışma yapılmış olmasına rağmen, hala birçok aydınlatılmamış noktalar bulunmaktadır. Egzersiz sırasında yada sonrasında leptin ve karnitin sentez mekanizmaların düzenlenmesi, bu mekanizmalar üzerinde bireysel ve cinsiyetler yönünden farklılıkların ortaya konması, ayrıca, karnitin kullanımını leptin seviyelerine etkilerini ve yukarıda bahsedilen faktörlerin bu seviyelere olan etkilerinin inceleneceği araştırmalar leptin karnitin ve egzersiz arasındaki ilişkinin aydınlatılmasına ışık tutacaktır.

KAYNAKLAR

1. Ersoy G. Egzersiz Ve Spor Performansı İçin Beslenme. Ata ofset.I. Baskı ,Ankara – 2006. s: 7-13
2. Matthew WH, Joseph AH. Plasma Leptin and Exercise.Sports Med 2003; 33 (7): 473-482.
3. Üçok K, Gökbel H. Egzersizin Leptin Düzeylerine Etkileri. Genel Tıp Derg 2004;14(3):121-124.
4. Olive JL, Miller MS, Miller GD. Differential Effects Of Maximal- And Moderate- Intensity Runs On Plasma Leptin In Healthy Trained Subjects. Nutrition. 2001;17:365-9.
5. Essig DA, Alderson NL, Ferguson MA, Bartoli WP, Durstine JL. Delayed Effects Of Exercise On The Plasma Leptin Concentration. Metabolism. 2000;49:395–399.
6. Nemoto S, Aoki M, Dehua C, Iami Y. Effect Of Carnitine On Cardiac Function After Cardioplgic Ischemia In Nconatal Rabbit Heart. Ann Thorac Sur. 2001; 71: 254-9.
7. Hoppel C. The Physiological Role Of L-Carnitine. Lcarnitine And It's Role İn Medicine From Function To Therapy. Ferrari R, Dimorro S, Sherwood G. Academic press Ltd London 1992, pp 5-21.
8. Barb CR, Hausmane GJ, Housekneche KL. Biology Of Leptin In The Pig. Domestic Animal Endocrinology. 2001; 21: 297-317.
9. Friedman JM, Halaas JL: Leptin And Regulation Of Body Weight In Mamals. Nature 1998; 395:763-770.
10. Considine RV. Regulation Of Leptin Production. Endocrine & Metabolic Disorders. 2001; 2: 357-363.
11. Teker Z, Özer G, Topaloğlu K, Mungan NÖ, Yüksel B. Leptin Yapı Ve Fizyolojisi. Arsiv, 2002; 11: 30-40.
12. Baile CA, Della-Fera MA, Martin RJ. Regulation Of Metabolism And Body Fat Mass By Leptin. Annual Review of Nutrition. 2000; 20: 105-127.
13. Jequier E: Leptin Signaling Adiposity And Energy Balance. Ann N Y Acad Sci. 2002; 967: 379-388.
14. Isidori AM, Strollo F, More M, Caprio M, Aversa A, Moretti C et al. Leptin And Aging: Correlation With Endocrine Changes In Male And Female Healthy Adult Populations Of Different Body Weights. J Clin Endocrinol Metab. 2000; 85:1954-1962.

15. Margetic S, Gazzola C, Pegg GG, Hill RA: Leptin: A Review Of Its Pheripheral Actions And Interactions. *Int J Obesity*. 2002; 26:1407-1433.
16. Tokuda T, Matsui T, Yano H. Effects Of Light And Food On Plasma Leptin Concentrations In Ewes. *Animal Science*. 2000; 71: 235-242.
17. Kraemer RR, Johnson LG, Haltom R, Kraemer GR, Hebert EP, Gimpel T, et al. Serum Leptin Concentrations In Response To Acute Exercise In Postmenopausal Women With And Without Hormone Replacement Therapy. *Proc Soc Exp Biol Med*. 1999;221:171-7..
18. Kraemer RR, Chu H, Castracane VD. Leptin and Exercise. Minireview. *Experimental Biology and Medicine*. 2002; 227:701-708.
19. Hickey MS, Calsbeek DJ. Plasma Leptin And Exercise: Recent Findings. *Sports Med*. 2001;31:583-9.
20. Kowalska I, Straczkowski M, Gorski J, Kinalska I. The Effect Of Fasting And Physical Exercise On Plasma Leptin Concentrations In High-Fat Fed Rats. *J Physiol Pharmacol* 1999; 50:309-20.
21. Houmard JA, Cox JH, MacLean PS, Barakat HA. Effect Of Short-Term Exercise Training On Leptin And Insulin Action. *Metabolism* 2000;49:858-61.
22. Gökbel H, Baltacı AK, Üçok K, Okudan N, Moğulkoç R. Ratlarda Zorlu Egzersizde Serum Leptin Düzeylerindeki Değişme Ve Çinko Eksikliği Takviyesiyle İlişkisi. I. Leptin Sempozyumu. 20-22 Haziran 2003; Konya. p: 45.
23. Dirlewanger M, Di Vetta V, Giusti V, Schneiter P, Jéquier E, Tappy L. Effect Of Moderate Physical Activity On Plasma Leptin Concentration in Humans. *Eur J Appl Physio*. 1999; 79:331-5.
24. George A, Kyriasis BS. The effects of Single Exercise Bout on Plasma Leptin Concentration In Obese Male. University of Athens. Greece, 1994; 1-64.
25. Reseland JE, Anderssen SA, Solvoll K, Hjermann I, Urdal P, Holme I, Drevon C. Effect Of Long-Term Changes In Diet And Exercise On Plasma Leptin Concentrations. *Am J Clin Nutr*. 2001;73:240–245.
26. Gomez-Merino D, Chennaoui M, Drogou C, Bonneau D. and Guezennec YC. Decrease In Serum Leptin After Prolonged Physical Activity In Men, *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2002; 1594-159.

27. Sütken E, Balköse N, Özdemir F, Alataş Ö, Tunalı N, Çolak Ö ve ark. Uzun ve Kısa Süreli Egzersizde Profesyonel Sporcularda Leptin Seviyelerinin İncelenmesi, T.rk Klinik Biyokimya Derg. 2006; 4(3): 115-120.

28. Azizi M. The Effect Of 8-Weeks Aerobic Exercise Training On Serum Leptin In Un-Trained Females, Procedia - Social And Behavioral Sciences. Volume 15, 2011; pp: 1630–1634.

29. Koushki1 MH, Hamedinia MR, Mollanovruzi A. The Response of Plasma Leptin and Some Selected Hormones to One Session of Progressive Running in Non-athlete Males. Iranian Journal of Health and Physical Activity (2012) 3 (1), 50-55.

30. Shahram S, Elham Y, Heshmatolah P, Abdolali B. The Effect Of Intermittent Aerobic Exercise On Serum Leptin And İnsulin Resistance Index In Overweight Female Students, Annals of Biological Research. 2012, 3 (6):2636-2641.

31. Borum PR. Carnitine. Ann Rev Nutr. 1983;3:233-259.

32. Jogl G, Hsiao YS, Tong L. Structure And Function Of Carnitine Acyltransferases. Ann NYAcad Sci.2004; 1033:17-29.

33. Platell C, Kong SE, McCauley R, Hall JC. Branched-Chain Amino Acids. J Gastroenterol Hepatol. 2000; 15(7):706-17.

34. Gorostiaga EM, Maurer CA, Eclache JP. Decrease In Respiratory Quotient During Exercise Following L-Carnitine Supplementation. Int J Sports Med. 1989;10:169– 74.

35. Brass EP. Supplemental Carnitine And Exercise. AM J Clin Nutr. 2000; 72:618-23.

36. Brass EP, Hiatt WR. Carnitine Metabolism During Exercise. Life Sci. 1994;54 (19): 1383-93.

37. Dario-Labonia W. Carnitine Effect On Anemia In Hemodialyzed Patient Treated Erythropoietin. Am J Kidney Dis. 1995; 26 (5): 757-767.

38. Ciman M. Carnitine: Transport And Function. Adu Clin Enzymol. 1986; 4: 93-102.

39. Wiles JD, Bird SR, Hopkins J, Riley M. Effect Of Caffeinated Coffe On Running Speed, Respiratory Factors, Blood Lactate And Perceived Exertion During 1500 M Trieadmill Running. Br J Sports Med. 1992; 26: 116-120.

40. Çoşkun Ö, Kutlubay R, Yakan B. Yoğun Müsküler Egzersiz Sonrasında Sıçan Karaciğerinde Görülen Morfolojik Ve Serum Biyokimyasal Değişiklikleri Ve Karnitinin Etkisi. T Klin Tıp Bilimleri. 1999; 19: 209-214.

41. Mansour H.H. Protective Role Of Carnitine Ester Against Radiation- Induced Oxidative Stress In Rats. *Pharmacological Research*. 2006; 54 (3): 165-171.

42. Marconi C, Sessi G, Carpinelli A, Cerretelli P. Effects of L-Carnitine Loading On The Aerobic And Anaerobic Performance Of Endurance Athletes. *Eur J Appl Physiol*. 1985;54:131-5.

43. Uziel G, Garavaglia B, Di Donato S. Carnitine Stimulation Of Pyruvate Dehydrogenasecomplex (PDHC) In Isolated Human Skeletal muscle Mitochondria. *Muscle Nerve*. 1988; 11:720-4.

44. Hiatt WR, Regensteiner JG, Wolfel EE, Ruff L, Brass EP. Carnitine And Acylcarnitine Metabolism During Exercise In Humans. Dependence on Skeletal Muscle Metabolic State. *J Clin Invest*. 1989;84:1167-73.

45. Karlic H, Lohninger A. Supplementation Of L-Carnitine In Athletes: Does It Make Sense? *Nutrition*. 2004; 20: 709-715.

46. Masuzaki H, Hosoda K, Ogawa Y, Shigemoto M, Satoh N, Mori K Ve Ark: Augmented Expression Of obese (Ob) Gene During The Process Of Obesity In Genetically Obese-Hyperglycemic Wistar Fatty (Fa/Fa) Rats. *FEBS Lett*. 1996; 378:267-271.

47. Greig C, Finch KM, Jones DA, Cooper M, Sargeant AJ, Forte CA. The Effect Of Oral Supplementation With L-Carnitine On Maximum And Submaximum Exercise Capacity. *Eur J Appl Physiol*. 1987;56:457-60.

48. Dragan GI, Vasiliu A, Georgescu E, Dumas I. Studies Concerning Chronic And Acute Effects Of L-Carnitine On Some Biological Parameters in Elite Athletes. *Physiologie*. 1987;24:23-8.

49. Vecchiet L, Di Lisa F, Pieralisi G, Ripari P, Menabò R, Giamberardino Ma Et Al. Influence Of L-Carnitine Administration On Maximal Physical Exercise. *European Journal Of Applied Physiology And Occupational Physiology* December 1990, Volume 61, Issue 5-6, pp 486-490.

50. Arenas J, Ricoy JR, Encinas AR, et al. Carnitine In Muscle, Serum, And Urine Of Nonprofessional Athletes: Effects Of Physical Exercise, Training, And L-Carnitine Administration. *Muscle Nerve*. 1991;14:598-604.

51. Huertas, R., Campos, Y., Diaz, E., Esteban, J., Vecchiet, L., Montanari, G., D'Iddio, S. Respiratory Chain Enzymes In Muscle of Endurance Athletes: Effects of L-Carnitine. *Biochemical and Biophysical Research Communications*. 1992; 15, 188(1), 102-107.

52. Arenas J, Huertas R, Campos Y, Diaz AE, Villalon JM, Vilas E. Effects Of L-Carnitine On The Pyruvate Dehydrogenase Complex And Carnitine Palmitoyl Transferase Activities In Muscle Of Endurance Athletes. *FEBS Lett.* 1994;341:91–3.

53. Çetin E. Karnitin ve Kreatin Yüklemesinin Kayaklı Koşucularda 5 Km Klasik Ve 10 Km Serbest Stil Yarışma Performansına Etkisi. *Gazi Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi. Cilt 5, Sayı 2, (2004); 299-304.*

54. Gültük S, Demirkazık A, Erdal S, Demir T. Sıçanlarda Karnitinin Yüzme Egzersizi Dayanıklılık Süresine Etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal).* 2007;29(2):101-105.

55. Smith WA, Fiy AC, Tschame LC, Bloomer RJ. Effects Of Glycine Propionly – L-Carnitine On Aerobic And Anaerobic Exercise Performance. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism.* 2008; 18(1): 19-36.

56. Benjamin T.Wall, Francis B. Stephens, Dumitru Constantin-Teodosiu, Kanagaraj Marimuthu Ian A. Macdonald and Paul L. Greenhaff. Chronic Oral Ingestion of L-Carnitine And Carbohydrate Increases Muscle Carnitine Content And Alters Muscelfuel Metabolism During Exercise In Humans. *J Physiol.* 589.4 (2011); pp 963–973.

57. Brass EP, Hoppel CL, Hiatt WR. Effect Of Intravenous L-Carnitine On Carnitine Homeostasis And Fuel Metabolism During Exercise In Humans. *Clin Pharmacol Ther.* 1994; 55:681–92.

58. Oyono-Enguelle S, Freund H, Ott C, et al. Prolonged Submaximal Exercise And L-Carnitine In Humans. *Eur J Appl Physiol.* 1988;58:53–61.

59. Barnett C, Costill DL, Vukovich MD, et al. Effect of L-Carnitine Supplementation On Muscle And Blood Carnitine Content And Lactate Accumulation During High Intensity Sprint Cycling. *Int J Sports Nutr.* 1994;4:280–8.

60. Siliprandi N, Di Lisa F, Pieralisi G, et al. Metabolic Changes Induced By Maximal Exercise In Human Subjects Following L-Carnitine Administration. *Biochim Biophys Acta.* 1990;1034:17–21.

61. Natali A, Santoro D, Brandi LS, et al. Effects Of Acute Hypercarnitinemia During Increased Fatty Substrate Oxidation In Man. *Metabolism.* 1993;42:594–600.

MESANE İNVAZYONU NEDENİYLE PARSİYEL SİSTEKTOMİ YAPILAN İKİ PLASENTA PREVİA PERKRETA OLGUSU

Bülent ÇAKMAK¹, Doğan ATILGAN², Bekir Süha PARLAKTAŞ³, Reşid Doğan
KÖSEOĞLU⁴, Zeki ÖZSOY¹, Mehmet Can NACAR¹, Fazlı DEMİRTÜRK⁵

ÖZET

Plasenta previa perkreta, maternal morbidite ve mortaliteyi belirgin bir şekilde artıran plasenta yapışma anomalisidir. Bu yazıda plasenta previa perkreta olan iki olgunun literatür eşliğinde sunulması amaçlanmıştır. Geçirilmiş sezaryen ve plasenta previa olması nedeniyle iki olgu kliniğimize referans edildi. Preoperatif değerlendirmede plasenta previa perkreta saptanan olgulara operasyon esnasında çok fazla kanamalarının olması ve plasentanın mesaneye invazyon göstermesi nedeniyle sezaryen histerektomi ve parsiyel sistektomi uygulandı. Postoperatif 45. gün değerlendirilen olguların her hangi bir sorunu olmadığı görüldü. Plasenta previa perkreta olgularında, yeterli preoperatif hazırlık ve multidisipliner yaklaşımla maternal mortalite oranları azaltılabilir.

Anahtar kelimeler: Plasenta Previa Perkreta, Parsiyel Sistektomi, Multidisipliner Yaklaşım

TWO CASES WITH PARTIAL CYSTECTOMY DUE TO THE BLADDER INVASION BECAUSE OF PLACENTA PREVIA PERCRETA

ABSTRACT

Placenta previa percreta is a placenta adhesion anomaly that significantly increases maternal morbidity and mortality. In this paper, two cases of placenta previa percreta were aimed to present with the literature. Two patients were referred to our clinic because of previous cesarean section and placenta previa. Preoperative evaluation of patients diagnosed placenta previa percreta. Because of severe bleeding during the operation and placental invasion of the bladder, cesarean hysterectomy and partial cystectomy was performed. There was no problem for patients after postoperative 45 day evaluation. In cases of placenta previa percreta, maternal mortality can be reduced by adequate preoperative evaluation and a multidisciplinary approach.

Key words: Placenta Previa Percreta, Partial Cystectomy, Multidisciplinary Approach

¹ Yrd. Doç. Dr. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

² Yrd. Doç. Dr. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

³ Doç. Dr. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

⁴ Doç. Dr. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

⁵ Prof. Dr. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

İletişim/ Corresponding Author: Bülent Çakmak

Geliş Tarihi / Received: 07.05.2013

Tel: +905335726978 **e-posta:** drbulentcakmak@hotmail.com

Kabul Tarihi / Accepted: 29.06.2013

GİRİŞ

Plasenta previa, plasentanın internal servikalosa yakın yerleştiği bir plasenta implantasyon anomalisi olup insidansı % 0.5 olarak bildirilmiştir (1). Plasenta previanın önemli komplikasyonlarından biri de duruma plasenta perkretanın eşlik etmesidir. Özellikle son yıllarda cerrahi doğum sayının artışına bağlı olarak plasenta previaperkretainsidansı artmaktadır (2). Plasenta kreata, desidua bazalisin Nitabuch tabakasının yetersizliği veya yokluğuna bağlı olarak plasentanın uterus duvarına değişen derecelerde invazyonu sonucu oluşan ve önemli obstetrik komplikasyonlara neden olabilen bir plasentasyon anomalisidir (3). Plasentasyonun invazyon derecesine göre akreta, inkreta ve perkreta olmak üzere 3 tipi vardır. Plasenta perkreta, uterus serozasını ve çevre organ ve dokuları da invaze etme potansiyeli olması nedeniyle en ciddi formudur.

Gerek plasenta previa ve perkreta gerekse plasenta previaperkretamaternal – perinatal morbidite ve mortalitesi yüksek olan, hayatı tehdit edecek ölçüde maternal kanamaya ve buna bağlı multiorgan yetmezliğine ve hatta ölüm gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilen durumlardır (4,5). Bu nedenle antenatal dönemde tanınması, operasyon zamanı, yeri ve tipinin önceden belirlenip ilgili bölümlerle birlikte multidisipliner yaklaşım yapılması maternal morbidite ve mortalitenin azaltılmasında önemli yere sahiptir.

Bu çalışmada, plasenta previaperkreta ve mesane invazyonu olan, multidisipliner yaklaşımla başarılı bir şekilde tedavi edilen iki olgunun literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Olgu 1

32 yaşında, son adet tarihine göre 36 hafta gebeliği olan hasta ağrılarının başlaması üzerine geçirilmiş sezaryen ve plasenta previa tanıları ile kliniğimize refere edildi. Özgeçmişinde, önceki iki doğumunun sezaryen ile olduğu ve şimdiki gebelik takibinde herhangi bir sorun yaşamadığı öğrenildi. Ultrasonografik değerlendirmede, fetal biyometrik ölçümleri 36 hafta gebelik ile uyumlu tek canlı fetus ve plasenta previatotalis olduğu görüldü. İnceleme esnasında plasentanın uterus ön duvarına derin invazyon gösterdiği ve mesane duvarı ile yakın ilişkili olduğu saptandı (Şekil 1). Aktif kanaması olmayan ancak düzenli kontraksiyonları olan hasta, plasenta previaperkreta tanısıyla 4 ünite eritrosit süspansiyonu (ES) hazırlığı ile üroloji ve anesteziyoloji bölümlerine bilgi verilerek aileye operasyon riskleri

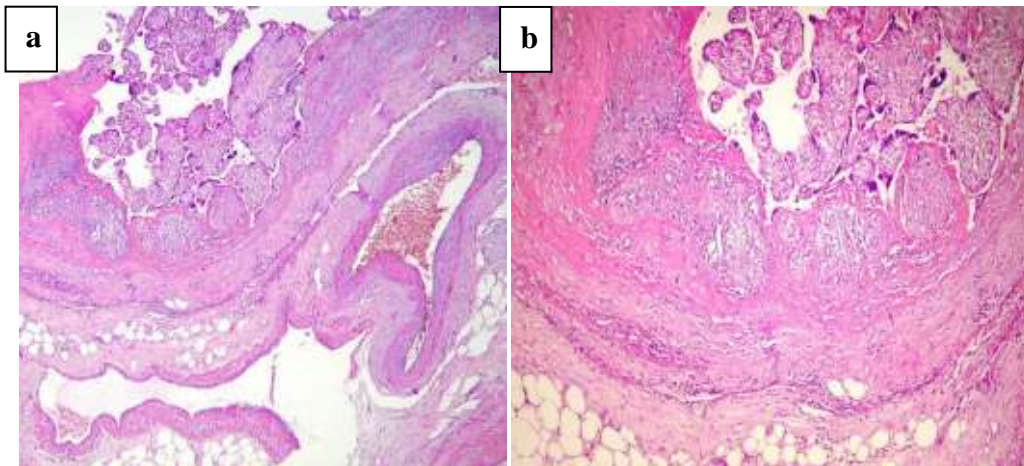
anlatılıp vakaya alındı. Eksplozasyonda plasentanın uterus alt segment ön duvarda serozaya kadar ilerlediği ve mesaneyi invaze ettiği izlendi. Uterusakerrinsizyon hattının yaklaşık 5 cm üst kısmından transversinsizyonla girilerek baş geliş, 1. ve 5. Apgar skorları sırasıyla 8-9 olan, 3250 gram, kız bebek doğurtuldu. Plasenta sağ lateraldenabondan kanama başlaması nedeniyle bilateraluteri arterlere klemp konuldu. Kanamanın devam etmesi nedeniyle plasenta elle halas edilerek çıkarıldı. Plasentanın uterus ön duvarını invaze edip mesane arka duvarına kadar invazyonun devam ettiği izlendi. İnvazyonun olduğu mesane arka duvarı uterustan serbestleştirilerek parsiyelsistektomi ve total abdominalhisterektomi uygulandı. Sol üretere "Double J" stent yerleştirildi. Mesaneye 20 Fsistostomi ve 20 FFoley sonda konularak mesane arka duvarı kapatıldı. İntraoperatif hastanın hemodinamisinin bozulması nedeniyle vazoaktif destek başlanıp 8 ünite ES, 3 ünite taze donmuş plazma (TDP) verildi. Kanama diyatezi gelişen hastanın mesane çevresi ve retroperitoneal alanlardan sızıntı tarzında kanaması başladı. Kanama durdurucu ajanlarla kanamanın durdurulamaması nedeniyle pelvik bölgeye Mikulicz tamponyerleştirilerek batın kapatıldı. Yoğun bakımda takibe alınan hastaya postoperatif 24 saat aralıklı vazoaktifmedikasyon uygulanıp 3 ünite ES, 3 ünite taze tam kan, 1 ünite aferez ve 3 ünite TDP verildi. Postoperatifdönemde Mikulicz tamponu aralıklı ve kontrollü olarak çekildi.Operasyon sonrası 3. gün serviste takibe alınan hasta 10 gün sonra taburcu edildi. Operasyon sonrası 21. gün sistogram ile değerlendirilen hastada ektravazasyon tespit edilmemesi üzerine sistostomisi çekildi.



Şekil 1: Plasenta Previa ve Mesane Duvarı ile Olan Yakın İlişkisi (Beyaz çerçeve içerisindeki alan plasenta mesane duvarı yakın ilişkisini göstermektedir)

Olgu 2

30 yaşında, üçüncü gebeliği olan hasta 38 hafta gebeliği varken geçirilmiş sezaryen ve plasenta previa tanısıyla kliniğimize refere edildi. Özgeçmişinden daha önce 2 sezaryenle doğumu olduğu öğrenildi. Ultrasonografik değerlendirmede, fetalbiyometrik ölçümleri 38 hafta ile uyumlu tek canlı fetus ve plasenta previatotalis olduğu saptandı. Değerlendirmede plasenta perkretayı düşündürecek her hangi bir görünüm saptanmadı. Hasta, geçirilmiş sezaryen ve plasenta previatotalis tanısıyla vakaya alındı. Uterusa üst segment kesi ile girilerek baş geliş, 1. ve 5. dkApgar skorları sırasıyla 8-9 olan, 3200 gram, kız bebek doğurtuldu. Plasentanın çıkarılmasını takiben bir kısım plasentanın uterus ön duvarında kaldığı izlendi. Massifkanama nedeniyle histerektomiye geçildi. Uterus alt segment ile mesane arasının densadezyone olduğu ve plasentanın uterus duvarını aşip mesaneyi invaze ettiği görüldü. Mesane posterior duvarının bir kısmı ile birlikte total abdominalhisterektomi tamamlandı. Postoperatifhistopatolojik incelemede plasentanın myometrium içerisine serozaya kadar invaze olduğu izlendi (Şekil 2). Her iki üretere "Double J" stent yerleştirilerek plasentanın invaze ettiği mesane arka duvarının bir kısmı daha çıkarıldı. Parsiyelsistektomi sonrası mesaneye 20 F sistostomi ve 20 F Foley sonda konularak mesane kapatıldı. Batına 2 adet dren yerleştirilip batın kapatıldı. Hastaya intraoperatif 6 ünite ES, 2 ünite TDP ve postoperatif 2 ünite ES verildi. Postoperatif 2 gün yoğun bakımda takip edilen hasta takiben servise alınarak operasyonun 15. günü taburcu edildi. Operasyon sonrası 21. gün sistogram ile değerlendirilen hastadaekstravazasyontespit edilmemesi üzerine sistostomisi çekildi.



Şekil 2: Uterus Serozasına Kadar İnvazyon Gösteren Matür Korion Villusları ile Karakterli Plasenta Perkreat (a: HE, X6 büyütme, b: HE, X10 büyütme)

TARTIŞMA

Plasenta previa, ciddi maternal ve fetal komplikasyonlara yol açabilen, % 2-7 oranında maternal mortalite ile sonuçlanan, obstetrik pratiğinde %0.5 sıklıkla rastlanan bir durumdur (6). Plasenta previa için risk faktörleri ileri anne yaşı, multiparite, sigara, abortus ve geçirilmiş sezaryen öyküsü şeklinde sıralanabilir. Uteroplental oksijenizasyonun sağlanması için yeterli kan akımına, dolayısıyla plasentanın uterus implantasyonu için yeterli yüzey alanına ihtiyaç vardır. Ancak yukarıda bahsedilen risk faktörleri nedeniyle bozulan uterin kavite yüzeyi, implantasyon ve kan akımı için yeterli alan sağlayamamakta ve plasenta alt uterin segmente implante olmaktadır (7). Plasenta yapışma anomalilerinden en ciddi olan plasenta perkretanın risk faktörleri arasında ileri maternal yaş, multiparite, geçirilmiş uterin cerrahi (sezaryen, myomektomi, küretaj) ve plasenta previa yer almaktadır (8). Plasenta perkreta ile plasenta previa arasında yakın ilişki bulunmakta olup previa, perkreta için önemli bir risk faktörüdür. Sunduğumuz her iki olguda da plasenta previa için risk faktörü olarak multiparite ve geçirilmiş sezaryen öyküsü, plasenta perkreta için ise multiparite ve geçirilmiş sezaryen dışında plasenta previa diğer önemli bir risk faktörü olarak bulunmaktadır.

Plasenta previa perkreta yönetiminde önemli noktaların başında preoperatif doğru tanının konulması yer almaktadır. Doğru tanı konulması için transabdominal ve transvajinal ultrasonografi, renkli doppler sonografi ve magnetik rezonans kullanılan yöntemlerdir (9-11). Antenatal ultrasonografik değerlendirmede plasenta/myometriyum ilişkisinin yakından izlenmesi ile plasenta akreta, inkreta ve perkreta tanısı konulabilmektedir (12). Transabdominal ultrasonografi ile antenatal dönemde plasenta previa tanısı %90 oranında konulabilmektedir (13). Plasentanın posterior duvara yerleşimi gibi abdominal bakıda değerlendirilemeyen durumlarda transvajinal sonografiden yararlanılabilir. Bununla birlikte; değerlendirme güçlüğü yaşanan durumlarda ve invazyonun derecesinin ve diğer organlarla olan ilişkisinin değerlendirilmesi gerektiği durumlarda magnetik rezonans kullanılabilir. MR ile %80-88 sensitivite ve %65-100 spesifite ile plasenta perkreta tanısı konulabilmektedir (14). İlk olgumuzda plasenta previa perkreta tanısı transabdominal ultrasonografik değerlendirme ile konulabilmiştir. Ancak ikinci olguda plasenta previa tanısı konulmuş olup perkretadan şüphelendirilecek her hangi bir görünüm izlenmemiştir. Hematürinin eşlik ettiği plasenta previa perkreta saptanan gebelerde operasyon öncesi sistoskopi yapılması mesane invazyonu olup olmaması konusunda ayrıntılı bilgi verebilmektedir (15). Mesane invazyonu olan olguların sadece %25'inde makroskopik hematüri görülmektedir (16). Sunduğumuz her

iki olguda da mesane invazyonu olmasına rağmen antenatal dönemde makroskopik hematüri şikayeti yoktu.

Plasenta perkretanın yönetiminde histerektomi ve konservatif tedavi olmak üzere iki temel yaklaşım bulunmaktadır. Konservatif yaklaşım; plasentanın uterus içinde bırakılıp sonrasında metotreksat uygulanması veya küretaj yapılması, lokal eksizyon ve uterus onarımı yapılması, uterin ve hipogastrik arter ligasyonu, selektif uterin arter embolizasyonu, uterin packing ve B-Lynch sütürü konulması şeklinde sıralanabilir. Konservatif tedaviler özellikler fertilitasını korumak isteyen genç olgularda uygulanabilecek alternatif bir yöntemlerdir. Çırpan ve ark. plasenta previa perkreta olgusunu bilateral hipogastrik arter ligasyonu ve sonrası metotreksat ile başarılı bir şekilde tedavi ettiklerini bildirmişlerdir (17). Başka bir çalışmada, plasenta previa perkreta olan iki olguya metotreksat verildiği, ancak olgulardan birine postoperatif 23. gün küretaj yapılarak başarılı bir şekilde tedavi edildiği bildirilmiştir (18). Her iki çalışmada da hemodinamik olarak stabil olan olgularda fertilitayı korumak amacı ile konservatif tedavi uygulanabileceği vurgulanmıştır. Sunduğumuz her iki olguda da operasyon esnasında abondan kanama başlaması ve hastaların hemodinamik açıdan stabil olmamaları nedeniyle konservatif tedavi yöntemleri uygulanmamıştır.

Histerektomi, plasenta previa perkretanın yönetiminde yıllardır uygulanan geleneksel bir tedavi şeklidir. Peripartum histerektomi esnasında, gebeliğe bağlı pelvik bölgede oluşan değişiklikler nedeniyle mesane, barsak, damar yaralanmaları, dissemine intravasküler koagülasyon ve genitoüriner fistül gibi durumlarla komplike olabilmektedir. Özellikle kanama riski nedeniyle perkreta olgularının operasyon öncesi hazırlığının tam yapılması ve multidisipliner yaklaşım oldukça önemlidir. Bu gibi olgularda operasyon öncesi yeterli kan hazırlığı yapılması, perioperatif kan transfüzyonu, sıvı desteği, gerekirse vazoaktif destek başlanması ve postoperatif hemodinamik takibin yapılması multidisipliner yaklaşım bağlantısında anestezi ekibince desteklenmesi hayat kurtarıcıdır (19). Plasenta perkreta olgularında mesane invazyonu da mevcut ise histerektomi ile birlikte invazyon alanlarının çıkarılması için parsiyel sistektomi uygulanabilir. Böyle olgularda gerekli ise üreterler estent yerleştirilmesi sonrası mesane alanlarının diseksiyon parsiyel sistektomi sonrası mesanenin onarımında yardımcı olmaktadır (20). Kuzgunbay ve ark. histerektomi ile birlikte parsiyel sistektomi yapılarak tedavi ettikleri plasenta previa perkreta ve mesane invazyonu olan olguda, preoperatif değerlendirmenin yeterli düzeyde yapılması, hematüri durumunda sistoskopi yapılması gerektiğine ve bu olgularda multidisipliner yaklaşımın

önemine dikkat çekmişlerdir (15). Histerektomi ve mesane onarımı yapılan başka bir plasenta previa perkreta olgusunda, erken tanı ve acil müdahale ile maternal morbidite ve mortalite oranlarının belirgin derecede azaltılabileceği vurgulanmıştır (21). Sunduğumuz iki olguda da mesane invazyonu olması nedeniyle parsiyel sistektomi uygulanmış olup hemodinamik parametrelerde bozukluk olması nedeniyle yoğun bakım ünitesinde multidisipliner yaklaşım çerçevesinde takip edilmişlerdir.

Sonuç olarak; plasenta previa perkreta için risk faktörü taşıyan gebelerin antenatal dönemde plasenta yapışma anomalileri açısından dikkatli değerlendirilmeleri önemlidir. Plasenta previa perkreta olgularında erken tanı, yeterli preoperatif hazırlık ve perioperatif dönemde ilgili branşlarla multidisipliner yaklaşımlar maternal morbidite ve mortalitenin engellenmesinde önemli etkenlerdir.

KAYNAKLAR

1. Hsu TY. Abnormal Invasive Placentation- Placenta Previa Increta And Percreta. Taiwan J Obstet Gynecol 2009;48(1):1-2.
2. Chan BCP, Lam HSW, Yuen JHF, Lam TPW, Tso WK, Pun TC, et al. Conservative Management Of Placenta Previa With Accreta. Hong Kong Med J 2008;14(6):479-84.
3. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta Previa, Placenta Accreta, And Vasa Previa. Obstet Gynecol 2006;107(4):927-41.
4. Frederiksen MC, Glassenberg R, Stika CS. Placenta Previa: A 22-Year Analysis. Am J Obstet Gynecol 1999;180(6):1432-7.
5. Hunter T, Kleiman S. Anaesthesia For Caesarean Hysterectomy In A Patient With A Preoperative Diagnosis Of Placenta Percreta With Invasion Of The Urinary Bladder. Can J Anaesth 1996;43(3):246-8.
6. O'Brien JM, Barton JR, Donaldson ES. The Management Of Placenta Percreta: Conservative And Operative Strategies. Am J Obstet Gynecol 1996;175:1632-8.
7. Williams MA, Mittendorf R. Increasing Maternal Age As A Determinant Of Placenta Previa: More Important Than Increasing Parity. J Reprod Med 1993;38:425-8.
8. Zahn CM, Yeomans ER. Postpartum Haemorrhage: Placenta Accreta, Uterine Inversion And Puerperal Hematomas. Clin Obstet Gynecol 1990;33:422-31.
9. Levine D, Hulka CA, Ludmir J, Li W, Edelman RR. Placenta Accreta: Evaluation With Color Doppler Us, Power Doppler Us, And Mr Imaging. Radiology 1997;205:773-6.

10. Rao AP, Bojahr H, Beski S, MacCallum PK, Renfrew I. Role Of Interventional Radiology In The Management Of Morbidly Adherent Placenta. *J Obstet Gynecol* 2010;30:687-9.
11. Teo TH, Law YM, Tay KH, Tan BS, Cheah FK. Use Of Magnetic Resonance Imaging In Evaluation Of Placental Invasion. *Clin Radiol* 2009;64:511-6.
12. Wong HS, Cheung YK, Williams E. Antenatal Ultrasound Assessment Of Placental/ Myometrial Involvement In Morbidly Adherent Placenta. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2012;52(1):67-72.
13. Keiner F, Hasbargen U. Emergencies Associated With Pregnancy And Delivery: Peripartum Hemorrhage. *Dtsch Arztebl Int* 2008;105(37):629-38.
14. Elsayes KM, Trout AT, Friedkin AM, Liu PS, Bude RO, Platt JF, et al. Imaging Of The Placenta: A Multimodality Pictorial Review. *Radiographics* 2009;29:1371-91.
15. Kuzgunbay B, Tarım E, Akın Ş, Erkanlı S, Güvel S. Placenta Percreta With Bladder Invasion: A Rare Cause Of Hematuria In Pregnancy. *Turkish Journal of Urology* 2011;37:372-4.
16. Takai N, Eto M, Sato F, Mimata H, Miyakawa I. Placenta Percreta Invading The Urinary Bladder. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271:274-5.
17. Çırpan T, Sanhal CY, Yücebilgin S, Özşener S. Conservative Management Of Placenta Previa Percreta By Leaving Placental Tissue In Situ With Arterial Ligation And Adjuvant Methotrexate Therapy. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2011;12:127-9.
18. Kurdoğlu Z, Adalı E, Ay G. The Conservative Management Of Placenta Previa Percreta: Presentation Of Two Cases. *Perinatal Journal* 2011;19(3):145-8.
19. Parva M, Chamchad D, Keegan J, Gerson A, Horrow J. Placenta Percreta With Invasion Of The Bladder Wall: Management With A Multi-Disciplinary Approach. *J Clin Anesth* 2010;22:209-12.
20. Konijeti R, Rajfer J, Askari A. Placenta Percreta And The Urologist. *Rev Urol* 2009;11:173-6.
21. Yeniel AÖ, Ergenoğlu M, Zeybek B, Karadaş N, Akercan F. Placenta Previa Percreta. *Ege Journal of Medicine* 2010;49(2):123-7.



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

İLETİŞİM	SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ
ADRES	Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Bilimleri Dergisi Sekreteryası Bağlarbaşı Mah. 29100 Gümüşhane
TELEFON	+90 456 233 76 37 - +90 456 233 76 37-248
FAKS	+90 456 233 76 04
e-posta	sbd@gumushane.edu.tr