



GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ



CİLT : 5 / SAYI : 3

ISSN 2146 - 9954

2016

GÜMÜŞHANE UNIVERSITY JOURNAL OF HEALTH SCIENCES

EDİTÖR / EDITOR IN CHIEF

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

Editör Yardımcısı / Deputy Editor

Yrd. Doç. Dr. Taşkın KILIÇ

Editör Kurulu / Editorial Board

Yrd. Doç. Dr. Nurçin KÜÇÜK KENT

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç. Dr. Taşkın KILIÇ

Doç. Dr. Huri İLYASOĞLU

Doç. Dr. Sedat BOSTAN

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç. Dr. Ayşe ÇOLAK

Yrd. Doç. Dr. Muammer AK

Yrd. Doç. Dr. Nuri GÜLEŞCİ

Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ



GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ



CİLT : 5 / SAYI : 3

ISSN 2146 - 9954

2016

GÜMÜŞHANE UNIVERSITY JOURNAL OF HEALTH SCIENCES

Sahibi / Owner

Gümüşhane Üniversitesi adına Rektör,
İhsan GÜNAYDIN

Yazı İşleri Müdürü /

Managing Editor

Yrd. Doç. Dr. Nurçin KÜÇÜK KENT

Editör / Editor in Chief

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

Editör Yardımcısı / Deputy Editor

Yrd. Doç. Dr. Taşkın KILIÇ

Yabancı Dil Editörleri /

Foreign Language Editors

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç. Dr. Nurçin KÜÇÜK KENT

İstatistik Editörü / Statistics Editor

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Editör Kurulu / Editorial Board

Yrd. Doç. Dr. Nurçin KÜÇÜK KENT

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç. Dr. Taşkın KILIÇ

Doç. Dr. Huri İLYASOĞLU

Doç. Dr. Sedat BOSTAN

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç. Dr. Ayşe ÇOLAK

Yrd. Doç. Dr. Muammer AK

Yrd. Doç. Dr. Nuri GÜLEŞCİ

Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ

Dergi Sekreteryası / Secretariat

Arş. Gör. Uğur YAYLA

Arş. Gör. Eyyüp YILDIZ

Arş. Gör. Ünal YAPRAK

Teknik Kurul / Technical Board

Bayram KARAKUŞ

Niyazi POYRAZ

Redaksiyon / Redaction

Aydın KIVANÇ

Tasarım - Dizgi / Design - Editing

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç. Dr. Nurçin KÜÇÜK KENT

Yayın Türü / Type of Publication:

Hakemli süreli yayın / Peer-reviewed journals

Bu dergi **Türkiye Atıf Dizini (Türkiye Citation Index)** tarafından indekslenmektedir.

Yılda dört kez yayınlanır / Published four times per year

Sağlık Bilimleri Dergisi Gümüşhane Üniversitesi Bağlarbaşı Mahallesi 29100 GÜMÜŞHANE

Tel : 0456 233 11 72

Faks : 0456 233 11 79

e-posta : sbd@gumushane.edu.tr

Web : <http://sbd.gumushane.edu.tr>

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU / SCIENTIFIC ADVISORY BOARD

Ahmet A. Afşin KAYA, GŞÜ
Abdülğani TATAR, ATÜ
Aclan ÖZDER, AKÜ
Adem KUŞGÖZ, KTÜ
Ahmet ALVER, KTÜ
Ahmet EROĞLU, KTÜ
Ahmet KALAYCIOĞLU, KTÜ
Ahmet KARAGÜZEL, KTÜ
Ahmet MENTEŞE, KTÜ
Ahmet TIRYAKI, KTÜ
Ahmet YILMAZ, GŞÜ
Ali GÜNDOĞDU, GŞÜ
Ali Fuat BODUR, GŞÜ
Aliye ÖZENOĞLU, OMÜ
Asım ÖREM, KTÜ
Aşlı SİS ÇELİK, ATÜ
Aydın KIVANÇ, GŞÜ
Ayhan KANAT, RTEÜ
Ayşe KARADAĞ, GÜ
Ayla GÜRSOY, KTÜ
Aynur BÜTÜN AYHAN, AÜ
Aysel KÖKSAL AKYOL, AÜ
Ayşe ÇOLAK, GŞÜ
Ayşe METİN, Ankara ÇSH
Ayşe OKANLI, ATÜ
Ayşe ÖZFER ÖZÇELİK, AÜ
Aysegül BİLGE, EÜ
Aysegül İŞLER, AKD
Ayşenur ÖKTEN, KTÜ
Ayten DEMİR, AÜ
Bayram KAYMAK, HÜ
Bayram ŞAHİNÖZ, HÜ
Behice ERÇİ, İÜ
Belgin YILDIRIM, ADÜ
Beyazıt YEMEZ, DEÜ
Birgül KURAL, KTÜ
Burhan ÇAKICI, GŞÜ
Cavit KART, KTÜ
Cemalettin BALTACI, GŞÜ
Cemil ŞAHİN, GŞÜ
Cihan ÖREM, KTÜ
Çağla YİĞİTBAŞ, GÜ
Çetin AKAR, HÜ
Dilek ÇİLİNGİR, KTÜ
E.Edip KEHA, KTÜ
Elanur YILMAZ, ATÜ
Elif ÇELENK KAYA, GŞÜ
Engin YENİLMEZ, KTÜ
Erdem DUMAN, KTÜ
Erhan ÇAPKIN, KTÜ
Ersan KALAY, KTÜ
Ersan ODACI, KTÜ
Esra ERCAN, KTÜ
Ersagun KARAGÜZEL, KTÜ
Ethem ALHAN, KTÜ
Evrin AKTEPE, SDÜ
Evrin ÖZKORUMAK, KTÜ
Fahri UÇAR, KTÜ
Fatma DEMİR KORKMAZ, EÜ
Fatma GÜDÜCÜ, ATÜ
Fatma GENÇ, GRÜ
Fatma TAŞ ARSLAN, SÜ
Fehmi Volan AKYÖN, ÇOMÜ
Ferdî BAŞKURT, SÜ
Fevziye ÇETİNKAYA, RTEÜ
Feyyaz ÖZDEMİR, KTÜ
Figen ÇELEP, KTÜ
Filiz HİSAR, NEÜ
Fisun ŞENUZUN, EÜ
Gamze ÇAN, KTÜ

Gökhan YILMAZ, KTÜ
Gökşin ŞENGÜL, ATÜ
Gülşay YEGİNOĞLU, KTÜ
Gülbahtiyar DEMİREL, CÜ
Gülbeyaz CAN, İÜ
Gülbu TANRIVERDİ, OMRÜ
Gülgün ERSOY, HÜ
Gülhan ERDEM, ÇOMÜ
Gürdal YILMAZ, KTÜ
Hacer KOBYA BULUT, KTÜ
Hafız AYDIN, KTÜ
Halil KAVGACI, KTÜ
Haluk DUMAN, ASÜ
Handan GÜLER, CÜ
Hasan BOZKAYA, KTÜ
Hasan EFE, RTEÜ
Hasan Hüseyin EKER, SBÜ
Havva ÖZTÜRK, KTÜ
Havva TEL, CÜ
Hayri AYDOĞAN, RTEÜ
Hayriye ÜNLÜ, BÜ
Hilal YILDIRAN, GÜ
Huri İLYASOĞLU, GŞÜ
Hülya KARADENİZ, KTÜ
İbrahim İKİZCELİ, İÜ
İbrahim TURAN, GŞÜ
İbrahim YILDIRAN, GÜ
İclal ÇAKICI, YTÜ
İmdat AYĞUL, GŞÜ
İrfan NUHOĞLU, KTÜ
İsmet DURMUŞ, KTÜ
Kaan KILINÇ, GŞÜ
Kemal Macit HİSAR, SÜ
Kurtuluş BURUK, KTÜ
Lale TAŞKIN, HÜ
Levent TÜMKAYA, RTEÜ
Makbule Gezmen KARADAĞ, GÜ
Mehmet GÜNAY, GÜ
Melike DEMİR DOĞAN, GŞÜ
Merih KUTLU, KTÜ
Mevlit İKBAL, KTÜ
Mine BEKAR, CÜ
Mine EKİNCİ, ATÜ
Mualla AYKUT, RTEÜ
Muammer AK, GŞÜ
Muazzez GARİPAĞAOĞLU, İMÜ
Muhammed KIZILTUNÇ, GŞÜ
Murat BAŞ, BÜ
Murat ERSEL, EÜ
Murat KARKUCAK, KTÜ
Murat TOPBAŞ, KTÜ
Murat S. KESİM, KTÜ
Musa ÖZATA, SÜ
Mustafa GÖKÇE, KTÜ
Mustafa ÖNCEL, GŞÜ
Nazan KARAHAN, KBÜ
Nazlı HACIALIOĞLU, ATÜ
Nesibe ARSLAN BURNAZ, GŞÜ
Nesrin ERÇİYES, KTÜ
Nesrin NURAL, KTÜ
Neşe KAKLIKAYA, KTÜ
Nilgün ULUTAŞDEMİR, ZRV
Nurcan ÇALIŞKAN, GÜ
Nurcan YABANCI, AÜ
Nurçin KÜÇÜK KENT, GŞÜ
Nuri GÜLEŞÇİ, GŞÜ
Orhan BAŞ, RTEÜ
Orhan DEĞER, KTÜ
Osman AYNACI, KTÜ
Ömer ŞENEL, GÜ

Özgül KARAYURT, DEÜ
Özgür ALPARSLAN, GOÜ
Özlem BİLİK, DEÜ
Özlem DURAN, CÜ
Özlem ŞAHİN ALTUN, ATÜ
Pelin BAĞCI, RTEÜ
Ramazan ERDEM, SDÜ
Rasin ÖZYAVUZ, KTÜ
Recep BEDİR, RTEÜ
Recep DEMİRHAN, Kartal EAH
Reci MESERİ, EÜ
Saime ŞAHİNÖZ, GŞÜ
Sedat BOSTAN, GŞÜ
Seher S. KARABUDAK, ADÜ
Selahattin KIYAN, EÜ
Selma T. HESAPÇIOĞLU, KTÜ
Sema KANDİL, KTÜ
Serap ÜNSAR, TÜ
Sevil CENGİZ, GŞÜ
Sevilay HİNDİSTAN, KTÜ
Sezer KISA, GÜ
Songül AKTAŞ, KTÜ
Suzan YILDIZ, İÜ
Süha TÜRKMEN, KTÜ
Süleyman GÜVEN, KTÜ
Süleyman TUREDİ, KTÜ
Süleyman Erhan DEVECİ, FÜ
Şükran ÖZKAHRAMAN, SDÜ
Tahsin YILDIRIM, KTÜ
Tamer TAŞDEMİR, KTÜ
Taşkın KILIÇ, GŞÜ
Tevfik ÖZLÜ, KTÜ
Turhan ARAN, KTÜ
Turgut ŞAHİNÖZ, GŞÜ
Vildan A. ÇAKMAK, KTÜ
Yakup ASLAN, KTÜ
Yasemin K. YILDIRIM, EÜ
Yıldıray KALKAN, RTEÜ
Yılmaz BÜLBÜL, KTÜ
Yunus KARACA, KTÜ
Yusuf ÇELİK, HÜ
Yüksel ALİYAZICIOĞLU, KTÜ
Zeliha BAŞKURT, SDÜ
Zeynep B. TAKAOĞLU, GŞÜ
Zeynep ERDOĞAN, BEÜ
Zümriit Y. ERKEK, GOPÜ

Editörden,

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012 yılından bu yana yılda 4 sayı olarak Türkçe ve İngilizce makalelerle yayın hayatına devam eden hakemli bir akademik dergidir.

Dergimizin bu sayısında 12 adet araştırma makalesi, 5 adet derleme ve 1 adet vaka sunumu olmak üzere toplam 18 araştırma ve inceleme makalesine yer vermiş bulunmaktayız. Diğer sayılarımızda olduğu gibi bu sayımızda da özellikle araştırma ve inceleme çalışmalarına yer vermiş olmaktan mutluluk duyuyoruz. Bu yayınların halk sağlığı alanında çalışan araştırmacılara katkı ve fayda sağlayacağını düşünmekteyiz. Bu sayımız 5. yılın 3. sayıdır. Bir sayı sonra 5. yılını dolduracak olan dergimiz uluslararası indeksler için başvuru hakkı kazanacaktır.

Dergimiz yine yılda 4 sayı olarak Türkçe ve İngilizce makaleleri kabul edecek ve makaleler aynı sistemle en az iki hakem tarafından değerlendirilecektir. Dergimizde makale değerlendirme sürecinin daha şeffaflaştırılması ve hızlandırılması için çalışmalarımız devam etmektedir. Gelecek sayıdan itibaren “Dergipark” üzerinden yayın yapmayı planlamaktayız. Ayrıca yazışmalarımız e-posta üzerinden günlük olarak yapılmaktadır.

Siz değerli okuyucu ve yazarlarımızın da desteğiyle daha kaliteli bir yayıncılığa imza atacağımıza olan inancımız tamdır. Dergimiz ulusal ve uluslararası indeks tarafından taranmaktadır. Halen ulusal ve uluslararası birçok indekse başvurumuz devam etmektedir. Sizlerin desteği ve göndereceğiniz nitelikli araştırma makaleleri sayesinde dergimiz kısa sürede uluslararası süreli yayınlar içerisinde SCI expanded dergiler arasında yer alacaktır.

Bilimsel süreli yayıncılıkta hakemli bir derginin bilimsel niteliğinin geliştirilmesinde, dergi hakemlerinin ve editörün çok önemli sorumlulukları vardır. Bu güne kadar değerli zamanlarını vererek makale değerlendirmelerini titizlikle yapan hakemlerimize teşekkürü bir borç biliriz.

Her sayımızın bir önceki sayımızdan daha iyi olması bizim en önemli ilkemizdir. Sizlerden aldığımız öneri ve desteklerle dergimizi daha kaliteli hale gelecektir. Aramıza yeni katılan bilim insanlarına ve yayınlarıyla bizleri destekleyen yazarlarımıza okuyucu ve takipçilerimize, dergide emeği geçen herkese yürekten sevgi, saygı ve şükranlarımızı sunar bir sonraki sayımızda görüşmek üzere esenlik ve mutluluklar dileriz.

Bir sonraki sayıda görüşmek üzere kendimizi ve sizi Allah’a emanet ediyoruz.

Selam ve Saygılarımızla...

Editör

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

İÇİNDEKİLER

Araştırma Makaleleri / Original Articles		Sayfa/Page
1.	Hemşirelik Öğrencilerinin Ağrı Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeyleri, Kültürel Farkındalıkları ve Yeterlilikleri Nursing Students' Knowledge of Related to Pain Management, Cultural Awareness and Competence Elif DİRİMEŞE, Funda KARDAŞ ÖZDEMİR, Zümrüt AKGÜN ŞAHİN	1-6
2.	Menopoz Algısı: Türk ve Alman Kadınların Karşılaştırılması Perception of Menopause: The Turkish and German Women's Comparison Pınar IRMAK VURAL, Hatice BALCI YANGIN	7-15
3.	Tokat İl Merkezinde Çalışan Ebelerin Üçlü Tarama Testine İlişkin Bilgi ve Uygulama Düzeylerinin Saptanması Determination of Information and Application Levels about Triple Screening Test of Midwives Working in The Center Of Tokat City Zümrüt YILAR ERKEK, Ferit Mustafa KOÇOĞLU	16-22
4.	Ev Ziyaretlerinde Karşılaşılan Güçlükler Difficulties Encountered in Home Visits Neşe KARAKAYA, Mustafa Ferit KOÇOĞLU	23-28
5.	Dismenorenin Okul Performansına Etkisi The Effects of Dysmenorrhea on School Performance Figen ALP YILMAZ, Mürüvvet BAŞER	29-33
6.	Hemşirelerin ve Ebelerin Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri Views of Nurses and Midwives on Spiritual Care İlknur Münevver GÖNENÇ, Gülcihan Akkuzu, Rukiye DURDUN ALTIN, Perran MÖROY	34-38
7.	Öğrencilerin Kendi Kendine Testis Muayenesi ile İlgili Yaklaşımları Approaches about with Testicular Self-Examination of Students Uğur DOĞAN, Emre ATAY, Melek ÖZTÜRK, Gülistan YURDAGÜL	39-45
8.	Çocuktan Çocuğa Diş Sağlığı Eğitiminin Değerlendirilmesi Assessment of Child-to Child Dental Health Education Arzu ÖZYÜREK, N. Ferah YAVUZ, Zuhul BEGDE, Sevim GÜRLEYİK, Neşe KARADAYI, Fatih AKÇA, Derya ATALAY	46-59
9.	Yaşlılarda Yalnızlık Algısı ve Yaşam Doyumu The Perception of Loneliness and Life Satisfaction at Older People Saime EROL, Ayşe SEZER, Fatma Nevin ŞİŞMAN, Selma ÖZTÜRK	60-69
10.	Tip 2 Diyabetli Hastalarda Glisemik Kontrol Durumu Ve Etkileyen Etmenler: Depresyonun Rolü Glycemic Control and Affecting Factors in Patients With Type 2 Diabetes: The Role Of Depression Dilek AVCI, Kevser TARI SELÇUK	70-79
11.	The Relationship Between Vaginal Douching Practices and Genitourinary Infection in Women Using Intrauterine Devices (Iud) and Combined Oral Contraceptives (Coc) Aile Planlaması Yöntemi Olarak Rahim İçi Araç (RİA) ve Oral Kontraseptif (Oks) Kullanan Kadınlar Arasında Vajinal Yıkama ve Genitoüriner Enfeksiyon İlişkisi Birsal Canan DEMİRBAĞ, Gamze ÇAN, İftihar KÖKSAL, Selçuk KAYA	80-89
12.	Postpartum Depresyonun Emzirme Üzerine Etkisi The Effects of Postpartum Depression on Breastfeeding Yasemin ERKAL AKSOY, Fatma ÜNAL, Gökçe İNÇKE, Gülay ÇİL, Kübra ORUÇ, Tuba YILMAZ, Şilan YILDIRIM, Sema DERELİ YILMAZ	90-96
13.	Arama Kurtarma ve Acil Yardım Alanındaki Gönüllü Katılımcı Sisteminin Almanya'daki Uygulamaları ve Türkiye Karşılaştırması Volunteer Participants System Implementations in Germany in Search, Rescue And Emergency Field And Comparison With Turkey Hüseyin KOÇAK, İsmail DEMİREZEN, Toprak KESKİN	97-104

- 14. Ölüm Zamanı Tayininde Adli Entomolojik Delillerin Kullanımı** **105-110**
Use of Forensic Entomological Evidence In Determining Time of Death
Meltem KÖKDENER
- 15. Terör Olaylarında Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi** **111-119**
Prehospital Emergency Health Services Management in Terror Incidents
Ali EKŞİ, Beliz YEKELER KAHRAMAN
- 16. Kolorektal Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü: Sistemik Derleme** **120-132**
Enhanced Recovery After Surgery (Eras) Protocols After Colorectal Surgery : A Systematic Review
Müjgan SOLAK KABATAŞ, Türkan ÖZBAYIR
- 17. Talasemi Hastalığında Hemşirelik Kuramları** **133-138**
Nursing Theories in Thalassemia Disease
Sebahat ALTUNDAĞ
- 18. İleri Yaşta Görülen Rektal Yabancı Cisim: Olgu Sunumu** **139-143**
Rectal Foreign Body Encountered in Old Age: A Case Report
Mehmet Dokur, Baki Aydoğan, Erdal Uysal, Emine Petekkaya, Emine Ak

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN AĞRI YÖNETİMİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ, KÜLTÜREL FARKINDALIKLARI VE YETERLİLİKLERİ

NURSING STUDENTS' KNOWLEDGE OF RELATED TO PAIN MANAGEMENT, CULTURAL AWARENESS AND COMPETENCE

Elif DİRİMEŞE¹, Funda KARDAŞ ÖZDEMİR², Zümrüt AKGÜN ŞAHİN³

ÖZET

Bu çalışmanın amacı hemşirelik öğrencilerini ağrı yönetimine ilişkin bilgi düzeylerinin, kültürel farkındalık ve yeterliliklerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırma tanımlayıcı olarak planlanmış, bir üniversitenin Sağlık Yüksekokulu'nda 01-31 Ocak 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 2.3.4. sınıfta öğrenim gören toplam 315 öğrenci oluşturmuştur. Veriler hemşirelik öğrencilerinin ağrı yönetimi bilgisi, kültürel farkındalık ve kültürel yeterliliğini değerlendirmek amacıyla hazırlanan anket ile toplanmıştır. Ankette 49 soru yer almakta ve altılı likert tipinde yanıtlanmaktadır. İstatistiksel analizlerde sayı, yüzde, ortalama, student's t testi ve varyans analizi yapılmıştır. Çalışmanın uygulanabilmesi için Yüksekokul Müdürlüğü'nden ve öğrencilerden izin alınmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21,4 yıl; sınıf dağılımları %45,4'ü (n=143) ikinci sınıf, %25,7'si (n=81) üçüncü sınıf, %28,9'u (n=91) dördüncü sınıftır. Öğrencilerinin ağrı yönetimine yönelik bilgi düzeyi 73,78; kültürel farkındalık düzeyi 64,74; kültürel yeterlilik düzeyi 66,79'dir. Öğrencilerin sınıf düzeyine ve çalışma durumuna göre ağrı yönetimine yönelik bilgi, kültürel farkındalık ve yeterlilik puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır. Hemşirelik öğrencilerinin ağrı yönetimi bilgisi, kültürel farkındalık ve yeterliliğinin artırılabilmesi için ağrı konusuna bir ders olarak hemşirelik müfredatında yer verilmesi ve geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı Yönetimi, Hemşirelik Öğrencisi, Kültürel Yeterlilik

ABSTRACT

The purpose of this study is to determine the level of knowledge of nursing students for pain management, the cultural awareness and competence.

This study was planned as a descriptive. A University of Health Sciences were made between 1 to 31 January 2014. The sample of the study consisted of 315 students in the class 2.3.4. Data is collected by means of questionnaire to assess on pain management knowledge, the cultural awareness and cultural competence of nursing students. The survey included 49 questions are answered in the six-point Likert-type. Number of statistical analysis, percentage, mean, Student's t test and analysis of variance was performed. For the implementation of the study were allowed students and the School Department.

The mean age of the students surveyed 21.4 years. Class distribution of 45.4% (n = 143) second class, 25.7% (n = 81) in the third grade, 28.9% (n = 91) was fourth grade. Knowledge level of students 73.78 for pain management, cultural awareness level of 64.74, 66.79 cultural competency level. Students to grade level and working conditions on depending the difference between knowledge of pain management, cultural awareness and competence scores were not statistically significant. Nursing students knowledge of pain management, cultural awareness and competence to be included in the curriculum of nursing as a lesson to pain issues and development is suggested to be increased.

Keywords: Pain Management, Student Nursing, Cultural Competence

¹ Yrd. Doç. Dr. Bülent Ecevit Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

² Yrd. Doç. Dr. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

³ Yrd. Doç. Dr. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

GİRİŞ

Ağrı insanoğlunun en eski ve en karmaşık sağlık sorunlarından biridir. Ağrı duyuşsal, emosyonel, sosyal ve kültürel özellikleri bulunan kompleks kişisel bir deneyimdir (1). Ağrının değerlendirilmesi ve yönetimi karmaşık bir süreçtir. Bu sürecin etkin bir şekilde yürütülmesinde ve doğru klinik karar vermede sağlık ekibi üyelerinin bilgi ve inançları temel belirleyicileri oluşturmaktadır. Yeni teorik anlayışlara rağmen ağrı değerlendirme ve yönetiminde rutin yaklaşımları uygulanması devam etmektedir (2).

Bireyin ağrı deneyimi algısını etkileyebilecek faktörlerden biri kültürdür. Ağrının etkin bir şekilde yönetilebilmesi için ilk başta yapılması gereken uygulama, hastaların ve aile üyelerinin ağrı deneyimi ile ilgili inançları ve kültürel yapılarına duyarlı olarak ağrı değerlendirmesinin yapılmasıdır. Kültürel inanç ve davranış ağrının anlamlandırılmasını büyük bir şekilde etkilemektedir (1). Hasta hakları arasında tanı ve tedavi sürecinde kendi kültür ve değerlerine uygun şekilde davranma ve bu konuda saygı görme yer almaktadır. Hemşirelik yönetmeliğinde hemşirenin görev yetki ve sorumlulukları arasında bakımı altındaki bireylerin kişisel farklılıklarını kabul ederek, onların onurunu, mahremiyetini ve kültürel değerlerini azami ölçüde tutarak hizmet vermesi gerektiği belirtilmektedir (3). Bu mesleki sorumluluk ile ağrı yaşayan hastanın bakımının sürdürülmesinde kültürel değerlerine özen gösterilmelidir.

Hastanın geleneksel uygulamaları tedaviyi olumsuz etkilemeyecek şekilde kültürel inanç ve yaklaşımları ağrı yönetimi planına dahil edilmesi gerekir. Bakım ve tedavinin sürdürülmesinde özellikle farmakolojik tedaviye ilişkin hemşirelerin rolü ve görevleri hakkında farklı algıları nedeniyle çatışma olabilir. Ağrı tedavisi sürecinde meydana gelen duyarsızlık sağlık sisteminde yer alan hiyerarşinin herhangi bir basamağında yaşanabilir. Bu duyarsızlık kasıtlı veya bilgi

yetersizliğinden dolayı olabilir. Örneğin, doktor orderi ile ağrı yaşayan bir hastaya plasebo girişimi uygulayan hemşirenin bu girişimin doğruluğu, güvenilirliği ve duruma uygunluğu hakkında yeterli bilgisi olmayabilir. Benzer şekilde ağrı tedavisine karşı duyarsızlık kültürel bir anlayıştan da kaynaklanıyor olabilir. Bu girişimi uygulayan hemşire bunun doğru ve uygun olmadığını bilmesine karşın bu durumu ifade etmeye çekinebilir (4). Yapılan bir çalışma sonucuna göre hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun ağrının doğasına ilişkin bilgilerinin doğru olduğunun ancak, ağrı değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin yaklaşımlarının beklenen şekilde olmadığı belirlenmiştir (5).

Etkili ağrı yönetiminin sürdürülmesinde sağlık ekininin bilgi, davranış ve yetenekleri oldukça önemlidir. Hasta ile 24 saat birlikte olan hemşirelere bu süreçte oldukça büyük sorumluluk düşmektedir. Hemşirelik Bölümünde öğrenim gören öğrenciler birer sağlık personeli aday ve ağrı tedavi sürecinde etkin rol üstleneceğinden ağrının ne olduğu, nasıl değerlendirilmesi gerektiği, tedavisi ve baş etme yöntemlerinin neler olduğunu bilmesi oldukça önemlidir (5).

Yapılan çalışmalarda hemşirelerin çoğunluğunun (n=235) ağrı tanınması ve yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı, % 47,4'ünün ağrı yoğunluğunu tanılamada hastanın davranışlarını gözlemlemediği ve % 74,5'inin ise hastanın ağrısını ölçmek için ağrı tanılama skalası kullanmadığı gösterilmiştir (6). Hemşirelerin bilgi, davranış ve klinik karar verme durumunun ele alındığı bir çalışma sonucuna göre ağrının şiddetini ölçmede hemşirelerin %74,5'inin ağrı tanılama ölçeği kullanmadığı, %47,4'ünün hastaları davranışsal olarak değerlendirdikleri; ağrı bilgi ve davranış puanlarının orta düzeyde olduğu ve ağrı tedavisi için %94,5'inin doktor ile iletişime geçtiği belirlenmiştir. Hemşirelerin hasta eğitiminde ağrının nasıl geçirileceği konusunda hastalara yeterli bilgi vermedikleri, ağrıya neden olabilen günlük aktiviteler sırasında nasıl davranılması gerektiğini göstermedikleri, farmakolojik

olmayan yöntemleri kullanmadıkları belirtilmektedir. Buna karşın, hastaların hemşirelerin ağrıyı azaltmak için yaptıkları analjezik uygulamasından memnun oldukları belirtilmiştir (7). Farklı bir çalışmada ise hemşirelerin, %96,23'ünün ağrı bildiren hastaya çoğunlukla inanmadıklarını, %47,62'sinin hastalarda sözel-davranışsal ağrı belirtilerini izledikleri saptanmıştır (8).

Hemşirelik lisans eğitiminde yakın zamana kadar ağrı konusuna çok az yer verildiği buna ilişkin bir dersin tüm hemşirelik okullarında olmadığı görülmektedir. Ağrının kontrol altına alınmasında bilginin önemi yanı sıra sağlık profesyonellerinin kültürel değerleri ve kendi ağrı deneyimleri de etkili olabilmektedir (5). Bu doğrultuda hemşirelik öğrencilerini ağrı yönetimine ilişkin bilgi düzeylerinin, kültürel farkındalık ve yeterliliklerinin belirlenmesi amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

MATERYAL VE METOD

Araştırmanın Tipi: Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin ağrı yönetimi bilgi düzeyi, kültürel farkındalığı ve yeterliliğini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman: Araştırma Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksekokulu'nda 01-31 Ocak 2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

Evren ve Örneklem Seçimi: Örneklemi Sağlık Yüksekokulu 2.3.4. sınıfta öğrenim gören toplam 315 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem alınma kriterleri, öğrencilerin çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi ve anket formlarını eksiksiz olarak doldurması olmuştur. Herhangi bir dışlama ölçütü kullanılmamıştır.

Veri Toplama Aracı: Mawhirter (2010), tarafından hemşirelik öğrencilerinin ağrı yönetimine yönelik bilgi, kültürel farkındalık ve yeterliliği belirlemeye yönelik 2010 yılında geliştirilmiş olan ölçek (9) esas alınarak araştırmacılar tarafından hazırlanan anket kullanılmıştır. Ankette 49 soru yer almakta ve altılı likert tipinde

yanıtlanmaktadır. Bu sorular ağrı yönetimi bilgisi ve inançları, ağrı yönetiminde kültürün etkisi ve kültürel yeterliliği değerlendirmektedir. Anket soruları bilgi düzeyi, kültürel farkındalık ve kültürel yeterlilik olarak üç başlıkta gruplandırılmıştır. Bilgi düzeyi alt başlığından en az 18 en fazla 108, kültürel farkındalık alt başlığından en az 15 en fazla 90, kültürel yeterlilik alt başlığından en az 16 en fazla 96 puan alınmaktadır. Ankette ayrıca öğrencilerin yaş, sınıf düzeyi ve hemşire olarak çalışma durumu da değerlendirilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi: Veriler SPSS 18 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Tüm testlerde istatistiksel anlamlılık değeri 0,050'nin altı olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel analizlerde sayı, yüzde, ortalama, student's t testi ve varyans analizi yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmada veri toplamaya başlanmadan önce Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından sınıf ortamında toplanmıştır. Öğrencilere araştırmanın amacı, yararları açıklanarak, gönüllülük ilkesi doğrultusunda sözel onamları alınmıştır. Öğrenciler anketleri isim belirtmeksizin tamamlamışlardır. Anket 10-15 dakikalık bir sürede yanıtlanmıştır.

BULGULAR

Araştırma örneklemindeki öğrencilerin yaş ortalaması 21,41±1,69 (18-27) yıl, %63,2'si kadın, % 36,8'i erkek, %4,4'ü hemşire olarak çalışmaktadır. Sınıf dağılımları incelendiğinde % 45,4'ü ikinci sınıf, % 25,7'si üçüncü sınıf, % 28,9'u dördüncü sınıf olduğu belirlenmiştir. (Tablo 1).

Öğrencilerinin ağrı yönetimine yönelik bilgi, kültürel farkındalık ve yeterlilik düzeyleri incelendiğinde; bilgi düzeyi 73,78±9,68 (45-100), kültürel farkındalık düzeyi 64,74±8,76 (31-84), kültürel yeterlilik düzeyi 66,79±8,18 (38-87)'dir. (Tablo 2).

Tablo 1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	199	63,2
Erkek	116	36,8
Çalışma durumu		
Evet	14	4,4
Hayır	301	95,6
Sınıf Düzeyi		
2. Sınıf	143	45,4
3. Sınıf	81	25,7
4. Sınıf	91	28,9

Öğrencilerin sınıf düzeyine göre ağrı yönetimine yönelik bilgi (F=0,445; p=0,721), kültürel farkındalık (F=0,159; p=0,924) ve yeterlilik (F=0,220; p=0,882) puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır.

Öğrencilerin çalışma durumuna göre ağrı yönetimine yönelik bilgi (F=1,521; p=0,218), kültürel farkındalık (F=0,404; p=0,525) ve yeterlilik (F=0,077; p=0,781) puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Öğrencilerin Ağrı Yönetimi Bilgi, Kültürel Farkındalık ve Yeterlilik Düzeyi

Boyutlar	N	Aralık	Min	Max	Ortalama	SD
Ağrı Yönetimi Bilgisi	315	18-108	45	100	73,78	9,68
Kültürel Farkındalık	315	15-90	31	84	64,74	8,76
Kültürel Yeterlilik	315	16-96	38	87	66,79	8,18

TARTIŞMA

Etkili ağrı yönetiminin sürdürülmesi ve hasta bakım sonuçlarının iyileştirilmesi sağlık ekibinin bilgi, tutum, inanç ve yetenekleriyle doğrusal olarak ilişkilidir. Lisans eğitimi veren sağlık programlarında ağrının fizyolojisi, kontrol altına alınması, tedavisi gibi teorik eğitim ile ilgili boşlukların olduğu ve kültürel olarak yanlış inançların bulunduğu belirtilmektedir (10). Hastaların ağrıların yeterince kontrol altına alınmadığı ve bu sorunu değiştirmek için hemşirelik eğitiminde ağrı konusunun önemli olduğu vurgulanmakla birlikte eğitim programlarında bu konunun olmadığı ya da çok az yer verildiği bildirilmektedir (11). Müfredatta ağrı konusuna yeterince yer verilmesi, öğrencilerin ağrıya yönelik bilgi, farkındalık ve yeterliliklerini önemli oranda değiştirebilir.

Bu çalışma sonucunda öğrencilerinin ağrı yönetimine yönelik bilgi (73,78), kültürel farkındalık (64,74) ve kültürel yeterlilik düzeyinin (66,79) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Literatürde hemşirelik öğrencilerinin ağrı yönetimi konusunda bilgi düzeylerinin ele alındığı kültürel yeterlikle ilgili verilerin olmadığı görülmüştür. İnsanlar yaşadıkları toplumdaki mevcut değer, yargı

ve tutumlara göre “nasıl hasta” olunacağını öğrenirler. Bu nedenle yaşanan toplumda ve sağlık sisteminde ağrı kavramının algılanma biçimi, hastanın ağrısını algılama ve ifade etme biçimini de etkiler (12). Birçok çalışmada hastaların kültürel farklılıklarından dolayı sağlık çalışanları tarafından ağrı tedavisinde yetersizlikler olduğu gösterilmiştir (13).

Hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışma sonuçlarına göre öğrencilerin hastaların ağrı şikayetini dikkate aldığı, ağrının giderilmesinde farmakolojik yöntemleri tercih etmenin daha fazla olduğu (14); ancak farmakolojik yöntemler hakkındaki bilgilerinin nonfarmakolojik yöntemlere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (15). Ayrıca öğrencilerin nonfarmakolojik yöntemlerin neler olduğu, nasıl uygulandığına yönelik bilgilerinin farklı düzeylerde olduğu gösterilmiştir (16).

Bu çalışmada öğrencilerin sınıf düzeyine ve çalışma durumuna göre ağrı yönetimine yönelik bilgi, kültürel farkındalık ve yeterlilik puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Plaisance ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada dört yıllık hemşirelik programındaki öğrencilerin iki yıllık hemşirelik programındaki öğrencilere

göre anlamlı olarak ağrısı olan hasta senaryosuna yaklaşımda doğru yanıtlar verdiği ve çalışma durumu ile anlamlı ilişkinin olmadığını saptamışlardır. Hastaların ve sağlık çalışanlarının ağrıya karşı yanıtı almış olduğu eğitimle birlikte yaşadığı toplumun kültüründen ve çevresel faktörlerden etkilenir. Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelik bölümü öğrencilerinin, lisans eğitiminde ağrı kavramına yönelik aldıkları teorik ve uygulamalı eğitimi yeterli buldukları ancak öğrencilerin çoğunluğunun ağrı kavramına bakış, davranış geliştirme ve öneri sunmada her hangi bir değişim yaratmadığını saptamışlardır (17). Bu durumun düzeltilebilmesi için hemşirelik müfredatında ağrının fiziksel, emosyonel, sosyal ve spiritual bileşenlerine yer verilmesi, hastanın ağrısını anlamada hastanın ailesi, kültürü, önceki deneyimleri ve hastanın ağrısını nasıl anlamlandığı değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (18). Ayrıca öğrenciler kendi kültürel farkındalıklarını arttırabilmeleri için tutum ve inançlarının, bireysel taraflılığının ve diğer insanların farklı değerlerinin farkında olmalıdır. Hemşire olarak çalışmaya başladıklarında ise farklılıklara uyum sağlamak için diğer ve kendi dinamikleri arasındaki kültürel farklılıkları daha kolay anlayarak bunları kabul etmeye eğilim göstereceği belirtilmektedir (18). Kültürel yeterliliğin geliştirilebilmesi için; bireyin kendi kültürel ve aile değerlerinin, kişisel önyargıların ve varsayımların, farklı değerlere sahip insanların farkında olunması ve kültürel farklılıkların kabul edilmesi gerekmektedir (13).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelik öğrencilerinin orta düzeyde olan ağrı yönetimi bilgisi, kültürel farkındalık ve yeterliliğinin artırılabilmesi için ağrı konusuna bir ders olarak hemşirelik müfredatında yer verilmesinin ve geliştirilmesinin oldukça önemli olduğu görülmektedir. Bu dersin kazanımları

öğrencilere ağrının teorik alt yapısını öğretme, klinik uygulamalarda ağrılı hastada bakım standartlarına ulaşma olmalıdır. Bakım sürecinde geleceğin sağlık profesyonelleri olan öğrencilere ağrının kültürel boyutunun farkındalığı ve yeterliliğinin artırılması hedeflenmelidir. Simülasyon yöntemi ile farklı kültürden hastalarla bakım deneyimi yaşatılabilir.

KAYNAKLAR

1. Eti Aslan F, (ed). Kuşuoğlu S. Ağrı algısını etkileyen faktörler: Ağrı Doğası ve Kontrolü. 1. Basım. ISBN: 975-6257-17-2 İstanbul - 2006. ss: 52-60.
2. Lasch KE. Culture, pain, and culturally sensitive pain care. Pain Management Nursing 2000;1(3):16-22.
3. Resmi gazete, 8 Mart 2010, Hemşirelik Yönetmeliği, Sayı:27515
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>
4. Edirne S. (ed.) Ağrı ve etik- Tıp ahlakı: Ağrı ve Analjezikler, 1. Basım. Ankara- 2007. s:161-168.
5. Eti Aslan F, Badır A. Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları, deneysel ve klinik çalışmalar. Ağrı 2005;17(2):44-51
6. Özer S, Akyürek B, Başbakkal Z. Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi. Ağrı 2006;18(4):36-43.
7. Yılmaz M, Gürler H. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri. Ağrı 2011; 23(2): 71-79.
8. Özer N, Bölükbaş N. Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 4(1): 7-17.
9. AMBROSIO MD. PhD Thesis, Senior baccalaureate nursing students' preparation in pain management, cultural pain management, beliefs about pain management, nursing standarts for pain management and culturally competent pain management. John's University Doctor of Education at Dowling College, Adviser, Dr. Robert J. Manley New York, 2010.
10. Watt-Watson J, Hunter J et al. An integrated undergraduate pain curriculum, based on IASP curricula, for six Health Science Faculties. Pain 2004; 110: 140-148.
11. Hunter J, Watt-Watson J et al. An interfaculty pain curriculum: Lessons learned from six years experience. Pain 2008; 140: 74-86.
12. Eti Aslan F. Tarihsel süreçte ağrı, kültürün ağrı algısı ve kontrolüne etkisi, Ağrı Doğası ve Kontrolü. 1. Basım. ISBN: 975-6257-17-2 İstanbul - 2006. ss: 3-9.
13. Weissman DE, Gordon D, Bıdar-Sielaff S. Cultural aspects of pain management. Journal of Palliative Medicine 2004; 7(5): 715-716.
14. Yılmaz F, Atay S. Hemşirelik öğrencilerinin klinik ağrı yönetimi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014; 32-41.
15. Plaisance L, Logan C, Nursing students' knowledge and attitudes regarding pain. Pain Management Nursing 2006; 7(4): 167-175.
16. Özveren H, Uçar H. Öğrenci Hemşirelerin ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan bazı yöntemlere ilişkin bilgileri. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009; 59-72.

17. Yılmaz M, Özüm Ü, Gürler H, Çifçi ES, Sağlık alanında eğitim alan üniversite öğrencilerinin ağrı kavramına ilişkin bilgileri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2010; 2:17-27.
18. Davidhizar R, Giger JN. A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. International Nursing Review 2004; 51: 47-55.

MENOPOZ ALGISI: TÜRK VE ALMAN KADINLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

PERCEPTION OF MENOPAUSE: THE TURKISH AND GERMAN WOMEN'S COMPARISON

Pınar IRMAK VURAL¹, Hatice BALCI YANGIN²

ÖZET

Bu çalışma, Türk ve Alman kadınların; menopoz algısı, menopoza ilişkin görüşleri ve menopoza ilişkin Türk ve Alman kültürleri arasındaki farklılığın belirlenmesine veri sağlanması amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır. Araştırma kapsamına Alanya ilçe merkezinde ikamet eden Türk ve Alman kadınlar alınmıştır. Verilerin toplanmasında “Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Dair Soru Formu” ve “Menopozun Algılanmasına İlişkin Görüşler Formu” kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan Türk kadınların ortalama menopoz yaşı $47 \pm 4,22$, Alman kadınların ortalama menopoza girme yaşı $47 \pm 5,58$ 'dir. Türk ve Alman kadınların menopoza girme yaşı, menopoz süresi ve menopoza girme şekli arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Türk kadınların %67,5'i, Alman kadınların %72,5'i menopozu olumlu algılamaktadır. Türk kadınları “Menopozda sosyal gelişme vardır.”, “Menopoz aile ve toplumda saygınlık kazandırır.”, “Menopozda kadın gebe kalmaktan kurtulur.” ve “Menopozda ibadetler aksatmadan yapılabilir.” görüşlerinden dolayı menopozu olumlu olarak algılamışlar ve Alman kadınlarla aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Hemşirelerin kültürel farklılığın algılar üzerine etkisini göz önünde bulundurarak hastalarına bütüncül bakım vermesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, Türk, Alman, Menopoz Algısı, Kültürlerarası Hemşirelik

ABSTRACT

This study was carried out in design of descriptive and determined the statistical differences between Turkish and German women's perception of menopause, views on menopause and Turkish and German women's cultures. The study was carried out on Turkish and German women who are currently residing in the town center of Alanya. “Socio-Demographic Data Descriptive Survey Form” and “Related the Perception of Menopause Views Form” was used to collect data for the study.

In this study, the mean age of menopause for Turkish women was $47 \pm 4,22$ and for German women was $47 \pm 5,58$. Statistically significant differences were found women's menopause age, menopause duration and type of menopause ($p < 0,05$). 67,5 % of Turkish women and 72,5% of German women perceived menopause positively. Turkish women have positive perceptions because of the view “Gaining community respectability”, “Being more respected in society and family”, “Losing the risk of becoming pregnant” and “Being able to pray without delay” and there was statistically significant difference between German and Turkish women ($p < 0,05$).

Women in different cultures have different perceptions and views on menopausal period. Nurses must provide holistic care to patients considering the effect on perceptions of cultural differences.

Keywords: Menopause, Turkish, German, Menopause Perception, Transcultural Nursing

*Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi Tarafından desteklenmiştir, Proje No: 2011.02.0122.013.

¹Öğr. Gör. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

²Doç. Dr. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Son yıllarda yaşam kalitesindeki artış ile tüm dünyada kadınların ortalama yaşam süresi uzamıştır. Doğuşta beklenen yaşam süresi, Türkiye geneli için 78, kadınlarda 80,7 yıldır. Türkiye Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçlarına göre 45 yaş ve üzeri kadın oranı her yıl artmaktadır (1). Kadınlar hayatlarının üçte birini menopoz döneminde geçirmektedir (2). Bu nedenle menopozal dönem gittikçe önem kazanmaktadır. Avrupa'daki menopoza yaşı ortalaması 50,1 ile 52,8 yaşları arasında değişmektedir, Kuzey Amerika'da 50,5 ile 54, Latin Amerika'da 43,8 ile 53 ve Asya'da 42,1 ile 49,5 yaşları arasındadır (3). Türk Menopoz Derneği tarafından açıklanan 2002 yılında ülkemiz genelindeki menopoza yaşı ortalaması 46,7 olarak tespit edilmiştir (4). Dünya'nın farklı yerlerinde yaşayan menopoza girmiş kadınların menopoza yaşama konusunda farklı deneyimleri bulunmaktadır. Amerikalı Latin kadınlar menopoza "cambio de vida" olarak tanımlar. Bunun anlamı gitmek zorunda olduğun bir şey, doğal ve müdahale gerektirmez bir durum olarak görürler, İrlandalı kadınlar ise can sıkıcı fakat beklenmedik bir durum olarak görürler (5). Menopozal dönemde; gelenek-görenek, etnik yapı, toplumun yaşlıya ve kadına verdiği değer, kadının rolü, cinsellik, yaşam felsefesi, kadının ve toplumun menopoza yüklediği anlam gibi kültürel özellikler oldukça etkilidir (6). Çin gibi geleneksel kültürlerde menopoza, yaşamın karakteristik bir bölümü olarak kabul edilir (5). Çince menopoza karşılık gelen bir kelime bulunmamaktadır. Çin'in dağlık bölgelerinde yaşayan Hmonglar da menopoza olumlu algılamakta ve olumlu bir deneyim olarak açıklamaktadır (7). Kowalcek ve arkadaşlarının yaptığı (2005) çalışmada Alman kadınların %65'i menopoza olumlu algılamakta ve bunların %84,6'sı menstruasyon olmamasını olumlu bir durum olarak belirtmiştir (8). Arapların ve Müslümanların yoğun olduğu Asya ülkelerinde kadınlar menopoza sosyal

özgürlüğün başlangıcı olarak algılanmaktadır (6).

Türk toplumunda anne olan kadın geleneğe göre, çocuğunu evlendiren kadın da anaya göre aile içinde daha yüksek statüye sahiptir. Kadınlığın kaybedilmesi ögesinin getirdiği kayıp duygusu erkeklik mertebesine çıkma ile de dengelenmektedir. Bunda Türk ve İslam kültürünün etkisi bulunmaktadır. "Adetten kesilmiş kadının kestiği etin yenmesi/helal olması", "Adetten kesilmiş kadının erkekle aynı yere/sofraya oturabilmesi" gibi menopoza ilişkilendirilmiştir (9). Türk toplumunda menopoza periyoduyla beraber seksüel yaşamın sonsuza kadar biteceğine dair yaygın bir düşünce hakimdir (6).

Hemşireler, farklı kültürel özelliklere sahip bireylere bakım vermektedirler. Bu nedenle hemşirelerin, farklı kültürel özelliklerin menopoza nasıl etki ettiği konusunda bilgi sahibi olması gerekmektedir. Hastanın kültürel değerleri, inançları ve uygulamaları bütüncül hemşirelik bakımının önemli bir parçasını oluşturmaktadır (10). Bu çalışmada ulaşılabilecek bilgilerin farklı kültürden gelen menopoza girmiş kadınlara bakım veren hemşirelere ve diğer sağlık bakım üyelerine önemli veriler sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma; Alanya İlçesinde yaşayan ve menopoza girmiş Türk ve Alman kadınların menopoza algılarına ilişkin görüşlerini ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Amacı ve Tipi: Bu çalışma karşılaştırmalı ve tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Çalışma, Alanya ilçe merkezinde ikamet eden Türk ve Alman kadınlar üzerinde yürütülmüştür ve araştırma verileri 15 Şubat 2012 – 15 Nisan 2012 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evrenini Alanya ilçe merkezinde yaşayan menopoza girmiş Türk ve Alman kadınlar oluşturmuştur.

Alanya'dan mülk edinen yabancı uyruklular içinde 4.655 kişi ile Almanlar birinci, 4,226 kişi ile Danimarkalılar ikinci, 3,181 kişi ile İrlandalılar üçüncü sırada gelmektedir (11). Alanya'da ikamet eden Alman kadınların kesin sayısına kayıtlardan ulaşılamadığı için öncelikle Alman kadınlarına anket uygulanmıştır, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden kartopu örnekleme yöntemi ile ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm Alman kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Bu doğrultuda önce 160 Alman kadına ulaşılmıştır. Alman kadınlara ulaşmada onların Alanya'da üye oldukları derneklerle, dergilerle, yardımlaşma vakıflarıyla irtibata geçilmiş, geleneksel olarak yapılan eğlence, kermes vb. sosyal toplantılarda bağlantı kurulmuştur. Ayrıca bir arada oturdukları site yöneticilerinden de yardım alınmıştır. Ulaşılabilen Alman kadınlardan sonra 160 Türk kadına anket uygulanmıştır. Türk kadınlara Alanya İlçesi'ndeki Halk Eğitim Merkezlerinde, kermeslerde ve el işi kurslarında ulaşılmıştır. Araştırma 320 kadınla yürütülmüştür.

Veri Toplama Araçları: Araştırmada verilerin toplanmasında "Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Dair Soru Formu" ve "Menopozun Algılanmasına İlişkin Görüşler Formu" kullanılmıştır. Veriler her iki kültürde de yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Soruların yanıtlanması yaklaşık olarak 10 dakika almıştır.

Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Dair Soru Formunda sosyo-demografik özellikler ve menopoza yönelik tanımlayıcı sorular bulunmaktadır. Bu form araştırmalar tarafından literatüre (6, 12, 13, 14, 15, 16) dayanarak hazırlanan 6 sorudan oluşmaktadır.

Menopozun Algılanmasına İlişkin Görüşler Formu; araştırmacılar tarafından literatüre (6, 8, 12, 13, 14, 15, 16) dayanarak hazırlanmıştır. Formda; menopoza ilişkin görüşler bir bütün olarak verilmiştir. Fakat bulguların analizi sırasında menopoza ilişkin görüşler içeriğine göre dört alt başlıkta

toplanmıştır. Bu alt başlıklarda; sosyal statü ve olgunlaşmaya ilişkin, rahatsızlıkların arttığı ve kayıplar yaşandığına ilişkin, menopozda üreme sağlığına ilişkin, menopozu hastalık olarak algılayıp algılamadıklarına ve kadınlık rolüne ilişkin görüşler bulunmaktadır.

Alman kadınlara uygulanacak Almanca veri toplama araçları Türkçeden Almancaya ve farklı iki Almanca okutmanı tarafından bağımsız olarak çevrilmiştir.

Verileri toplama aşamasında Alman kadınlara Almanca veri toplama araçları Alanya'da özel bir hastanenin turizm bölümünde çevirmen olarak çalışan bir kişiden destek alınarak toplanmıştır. Anket uygulama sürecinde 5 Alman kadın, 10 Türk kadın anket çalışmasına katılmak istememiştir. Araştırmanın ön uygulaması, örneklem özelliklerine uygun olan 10 Alman ve 10 Türk kadına yapılmıştır. Ön uygulamaya alınanlar örnekleme alınmamıştır. Araştırmaya dahil olma kriterleri; Türk ve Alman en az bir yıldır menopozda olan, Alanya ilçe merkezinde yaşayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar alınmıştır.

Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Ek olarak; araştırma yapabilmek için Alanya İlçe Kaymakamlığı'ndan da yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın amacı araştırmaya katılacak olan kadınlara açıklandıktan sonra sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce kadınlara, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de "Özerkliğe saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

Verilerin Analizi: Araştırmada elde edilen veriler, SPSS for Windows (Statistical

Package for the Social Science for Windows, Version 16.0) paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, Pearson ki-kare testi analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık ise $p < 0,05$ ile tanımlanmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmamıza dahil edilen Türk kadınların yaş ortalaması $46 \pm 7,33$, Alman kadınların ise $62 \pm 7,85$ 'tir. Araştırmaya katılan kadınların ortalama menopoza giriş yaşı Türk kadınlarda $47 \pm 4,22$, Alman kadınlarda ise $47 \pm 5,58$ 'dir. Doğal yoldan menopoza girme oranı Türk kadınlarında %91,9 iken bu oran Alman kadınlarında %80 idi (Tablo 1). Sosyo-kültürel faktörlerin ve etkenlerin menopoz döneminin karşılanmasında ve yaşanmasında etkili olduğu bilinmektedir. Buna bağlı olarak menopozda bazı kadınlar içine girdikleri bu yeni dönemi hoşgörüle karşılarken bazıları sıkıntı içinde yaşamaktadır. Menopozun sembolik anlamları ve deneyimleri, kültürel ve sosyal içeriklidir. Kadınların menopozla ilişkili inançları ve uygulamaları, semptomların stres ve yönetimini etkilemesine rağmen, deneyimlerin kişisel algılanmasında geniş bir çeşitlilik vardır (5). Araştırmamıza katılan Türk kadınların %67,5'i menopozu olumlu algılamakta, Alman kadınların %72,5'i olumlu algılamaktadır (Tablo 1). Menopozu algılamada Türk ve Alman kadınlar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0,329$). Alman kadınların menopozu algılamadaki oranının daha fazla olmasını Avrupa kültürünün etkisi olduğu düşünülebilir. Kowalcek ve arkadaşlarının yaptığı (2005) çalışmada menopoz dönemindeki Papua Yeni Gine'li kadınların %56,1'i, Alman kadınların %65'i menopozun olumlu yanları olduğu görüşündedir, kadınların %84,6'sı menstruasyon olmamasını olumlu bir durum olarak belirtmiştir. Diğer olumlu yönlerini ise doğum kontrol yöntemi kullanmak zorunda kalmamak, duygu durum değişikliklerinin olmaması, fiziksel refahın kısıtlanmaması ve

özgür hissetme olarak belirtmişlerdir. Bununla birlikte; daha fazla çocuk sahibi olmayacak olmayı ve hijyenik ped alma ihtiyacı olmamasını da menopozun olumlu yanları olarak belirtmişlerdir. Aynı çalışmada postmenopozal Alman kadınların %53,6'sı menopozu olumsuz algılamaktadır, bunun başlıca sebeplerini sıcak basması (%33,3) ve kiloda artış (%38,8) olması olarak belirtmişlerdir (6). Sis'in araştırmasında kadınların %41,8'i üretkenliğin bitmesi, %60,8'i yaşlandığını hissetme gibi menopozla ilgili olumsuz görüşleri onaylamıştır (17). Bilgin (2004)'in belirttiğine göre, Alice Rossi'nin 1992 yılında ABD'de yaptığı araştırmanın sonuçlarına göre, birçok kadın menopoz dönemini çok mutlu yaşamaktadır. Rossi'nin araştırmasının sonucunda kadınların %23'ü adet kanamasının kesilmesinin ardından herhangi bir tepki göstermemişlerdir. Kalan %13,6'sı ise olumsuz tepkiler vermişlerdir. Kadınların % 62'lik kısmı ise, bu yeni dönemi son derece olumlu karşılamışlardır (18).

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Türk ve Alman Kadınların Menopoz İlişkin Verilerinin Dağılımı

	TÜRK KADINLAR		ALMAN KADINLAR	
	Sayı*	%	Sayı*	%
Menopoz Yaşı				
40 yaş ve altı	13	8,1	18	11,3
41-45	52	32,4	36	22,5
46-50	79	49,5	75	46,8
51 yaş ve üzeri	16	10,0	31	19,4
Menopoz Süresi (Yıl)				
1-4	78	48,7	76	57,1
5-8	63	39,4	52	39,1
9-13	19	11,9	5	3,8
Menopoz Tipi				
Doğal	147	91,9	128	80,0
Cerrahi	13	8,1	32	20,0
Hormon Replasman Tedavisi Alma				
Evet	36	23,1	50	31,3
Hayır	120	76,9	110	68,7
Menopoz Yakınmalarını Gidermede Alternatif Tedaviye Başvurma Durumu				
Evet	35	21,9	42	26,3
Hayır	125	78,1	118	73,7
Menopoz Sürecini Algılama				
Olumlu	108	67,5	116	72,5
Olumsuz	52	32,5	44	27,5
Menopoz İlişkin Bilgi Alma				
Evet	121	76,6	113	70,6
Hayır	37	23,4	47	29,4

* Değerlendirme cevap veren katılımcılar üzerinden yapılmıştır.

Tablo 2. Kadınların Menopozda Kadınların Sosyal Statüsü ve Olgunlaşmaya İlişkin Görüşlerinin Milliyete ve Menopoz Algısına Göre Dağılımı

Milliyet	Menopoz Algısı			
	Olumlu		Olumsuz	
	Sayı	%	Sayı	%
Menopoz doğal ve sakin bir yaşam döngüsüdür				
Türk	81	75,0	7	13,5
Alman	81	69,8	14	31,8
Menopozda sosyal gelişme vardır				
Türk	60	55,6	0	0,0
Alman	35	30,2	10	22,7
Menopozda iş ya da görevlerde hoşgörü vardır				
Türk	41	38,0	7	13,5
Alman	45	38,8	12	27,3
Menopoz daha güvende ve daha olgun hissettirir				
Türk	58	53,7	14	29,5
Alman	47	40,5	13	29,5
Menopozda hayat daha kolay ve sakin				
Türk	52	48,1	15	28,8
Alman	43	37,1	8	18,2
Menopoz aile ve toplumda saygınlık kazandırır				
Türk	45	41,7	12	23,1
Alman	25	21,6	13	29,5
Menopozda ibadetler aksatmadan yapılabilir				
Türk	64	59,3	22	42,3
Alman	33	28,4	15	34,1

Araştırmaya katılan kadınların menopozda sosyal statü ve olgunlaşmaya ilişkin görüşlere verdikleri cevaplar karşılaştırıldığında; menopozu olumlu algılayan Türk kadınlarından %75'i "Menopozu doğal ve sakin bir yaşam döngüsüdür" görüşüne evet demiştir; benzer şekilde, menopozu olumlu algılayan Alman kadınlarından %69,8'i de aynı görüşe evet demiştir. Menopozu olumsuz algılayan Türk kadınlarından hiçbiri "Menopozda sosyal gelişme vardır" görüşüne evet demezken; menopozu olumsuz algılayan Alman kadınlarından %22,7'si evet demiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Türk ve Alman Kadınların Menopozda Rahatsızlıkların Arttığı ve Kayıpların Yaşandığına ve Üreme Sağlığına İlişkin Görüşlerin Dağılımı

Milliyet	Menopoz Algısı			
	Olumlu		Olumsuz	
	Sayı	%	Sayı	%
Menopozda tahmin edilemeyen, utandırıcı, zarar verici semptomlar vardır				
Türk	19	17,6	29	55,8
Alman	26	22,4	22	50,0
Menopoz, çalışma kapasitesini azaltır				
Türk	16	14,8	34	65,4
Alman	24	20,7	30	68,2
Menopozda hayat daha mutsuz hale gelir				
Türk	16	14,8	33	63,5
Alman	14	12,1	12	27,3
Menopozda fiziksel çekiçilik kaybolmuştur				
Türk	22	20,4	21	40,4
Alman	25	21,6	12	27,3
Menopozda vücutta değişiklikler olur				
Türk	38	35,2	36	69,0
Alman	49	42,2	20	45,5
Menopoz yaşlanmanın önemli bir işaretidir				
Türk	24	22,2	36	69,2
Alman	33	28,4	25	56,8
Menopozda adet dönemi ağrı ve sıkıntılardan kurtuluş yaşanır				
Türk	68	63,0	12	23,1
Alman	66	56,9	15	34,1
Menopozda kadın gebe kalmaktan kurtulmuştur				
Türk	75	69,4	13	25,0
Alman	44	37,9	17	38,6
Menopozda aile planlama yöntemi kullanmak zorunluluğu ortadan kalkar				
Türk	53	49,1	16	30,8
Alman	42	36,2	13	29,5
Menopozda doğurganlık kaybolur				
Türk	41	38,0	37	71,2
Alman	35	30,2	23	52,3
Menopozda daha fazla cinsel ilişki ihtiyacı yoktur				
Türk	42	38,9	5	9,6
Alman	36	31,0	21	47,7
Menopozda cinsel ilgide azalma yaşanır				
Türk	21	19,4	35	67,3
Alman	35	30,2	18	40,9
Menopozda cinsel ilişkide ağrı yaşanır				
Türk	10	9,3	25	48,1
Alman	21	18,1	11	25,0
Menopozda seksüel ilişki daha zevk vericidir				
Türk	44	40,7	5	9,6
Alman	58	50,0	5	11,4

Araştırmaya katılan kadınların menopozda rahatsızlıkların arttığı ve kayıpların

yaşandığına ilişkin görüşlere verdikleri cevaplar karşılaştırıldığında; menopozu olumsuz algılayan Türk (%55,8) ve Alman (%50) kadınların yarısından fazlası “Menopozda tahmin edilemeyen, utandırıcı, zarar verici semptomlar vardır” demiştir. Aynı şekilde menopozu olumsuz algılayan Türk (%65,4) ve Alman (%68,2) kadınların çoğunluğu menopozun çalışma kapasitesini düşürdüğünü düşünmektedir. Menopozu olumsuz olarak algılayan her iki kültürdeki kadınlar yüksek oranda (sırasıyla; %69,2, %56,8) menopozu yaşlanmanın önemli bir işareti olarak görmektedir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan kadınların menopozda üreme sağlığına ilişkin görüşlere verdikleri cevaplar karşılaştırıldığında; menopozu olumsuz algılayan Türk kadınlarından %90,4’ü, Alman kadınların da %88,6’sı “Menopozda seksüel ilişki daha zevk vericidir” görüşüne katılmamıştır. Menopozu olumsuz algılayan Türk kadınlarından %9,6’sı “Menopozda daha fazla cinsel ilişki ihtiyacı yoktur” görüşünü onaylarken; olumsuz algılayan Alman kadınlardan %47,7’si onaylamıştır. “Menopozda cinsel ilişkide ağrı yaşanır” ifadesine katılan menopozu olumsuz algılayan Türk kadınların oranı %48,1’dir. (Tablo 3). Müslüman kadınların menstruasyon dönemlerinde, -temizleninceye kadar- cinsî ilişkide bulunmaları Kur’an-ı Kerim’de (Bakara, 2/222) yasaklanmış; namaz, oruç ve Kabe’yi tavaf da bu yasak kapsamına alınmıştır (19). Müslümanlığın etkisiyle ibadetleri kesintisiz olarak gerçekleştirebilmek Türk kadınların menopozu olumlu algılamasında etkindir.

Tablo 4. Türk ve Alman Kadınların Menopoz Algısı ve Kadınlık Rolüne İlişkin Görüşlerine Göre Dağılımı

Milliyet	Menopoz Algısı			
	Olumlu		Olumsuz	
	Sayı	%	Sayı	%
Menopozda tıbbi, korkutucu olmayan, geleneksel çareler vardır				
Türk	48	44,4	9	17,3
Alman	52	44,8	21	47,7
Menopozda tedavi gerektiren tıbbi durumlar vardır				
Türk	34	31,5	31	59,6
Alman	28	24,1	13	29,5
Menopozda kadınlık kaybolmuştur				
Türk	27	25,0	23	44,2
Alman	38	32,8	18	40,9
Menopoz, bir kadın için hoş olmayan bir yaşantıdır				
Türk	26	24,1	34	65,4
Alman	34	29,3	28	63,6
Menopoz ailesel problemleri artırır				
Türk	12	11,1	25	48,1
Alman	14	12,1	8	18,2

Araştırmaya katılan kadınların menopozu hastalık olarak algılayıp algılamadıklarına ve kadınlık rolüne ilişkin görüşlere verdikleri cevaplar karşılaştırıldığında; menopozu olumsuz olarak algılayan Türk kadınların %17,3'ü "Menopozda tıbbi, korkutucu olmayan, geleneksel çareler vardır" derken, olumsuz algılayan Alman kadınların % 47,7'si bu görüşe katılmaktadır. Menopozu olumlu olarak algılayan Türk ve Alman kadınların "Menopozda tedavi gerektiren tıbbi durumlar vardır" görüşüne katılmamıştır (Tablo 4). Bizim araştırmamızla paralel olarak Ayrancı ve arkadaşlarının (2010) Eskişehir'de yaptığı araştırmada kadınların %51,3'ü "Bu dönemde tedavi için doktora danışmak gerekli değildir" görüşüne katılmamıştır (16). Tayvan'lı kadınlar ise menopozu doğal bir olay olarak görmekte ve beklenen bir dönem olarak görmektedir (20).

Araştırmamıza katılan Türk (%65,4) ve Alman (%63,6) kadınlar yüksek oranda menopozu bir kadın için hoş olmayan bir yaşantı olduğu görüşündedir ve bu görüşü olumsuz olarak algılamaktadırlar. Aynı zamanda; her iki kültürdeki kadınlar

"Menopozda kadınlık kaybolmuştur" ve "Menopoz ailesel problemleri artırır." görüşlerini de olumsuz olarak algılamaktadırlar (Tablo 4). Araştırmamızdaki "Menopoz ailesel problemleri artırır" görüşüne Türk kadınların %62,7'si, Alman kadınların ise %37,3'ü katılmaktadır. Bu görüşe katılan kadınlar aynı zamanda menopozu da olumsuz olarak algılamaktadırlar. Sis'in araştırmasında (2010); menopozal semptomların artmasının evlilik uyumunun azalmasına neden olduğu tespit edilmiştir (17).

Araştırmaya katılan menopozu olumlu algılayan Türk ve Alman kadınlar arasında, "Menopozda sosyal gelişme vardır" ve "Menopozda ibadetler aksatmadan yapılabilir" görüşüne katılma bakımından anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($p=0,000$, $p=0,000$). Tortumluoğlu'nun (2004) belirttiğine göre; Arapların ve Müslümanların yoğun olduğu Asya ülkelerinde kadınlar menopozu sosyal özgürlüğün başlangıcı olarak algılamaktadırlar (6). Araştırmamızda da bu konuda Alman kadınlarla Türk kadınlar arasında anlamlı fark saptanmıştır, bu durum dini inanç farklılığına dayanabilir. Menopozu olumsuz algılayan Türk ve Alman kadınlarda ise; "Menopozda sosyal gelişme vardır", "Menopozda daha fazla cinsel ilişki ihtiyacı yoktur" ve "Menopozda hayat mutsuz hale gelir" görüşlerine katılma bakımından anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir (sırasıyla; $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$) (Tablo 5).

Tablo 5. Menopoz Algısına Göre Türk ve Alman Kadınların Görüşlerinin Dağılımı

Menopoz Algısı	Milliyet		Test X ² p
	Türk	Alman	
	Sayı %	Sayı %	
Olumlu Algılayan Kadınlar			
Menopozda sosyal gelişme vardır	60 55,6	35 30,2	4,754 0,000
Menopoz aile ve toplumda saygınlık kazandırır	45 41,7	25 21,6	10,533 0,001
Menopozda kadın gebe kalmaktan kurtulur	75 69,4	44 37,9	22,304 0,000
Menopozda ibadetler aksatmadan yapılabilir	64 59,3	33 28,4	21,625 0,000
Olumsuz Algılayan Kadınlar			
Menopoz doğal ve sakin bir yaşam döngüsüdür	7 13,5	14 31,8	4,699 0,030
Menopozda sosyal gelişme vardır	0 0,0	10 22,7	13,192 0,000
Menopozda tedavi gerektiren tıbbi durumlar vardır	31 59,6	13 29,5	8,680 0,003
Menopozda tıbbi, korkutucu olmayan, geleneksel çareler vardır	9 17,3	21 47,7	10,265 0,001
Menopozda daha fazla cinsel ilişki ihtiyacı yoktur	26 27,1	21 47,7	17,530 0,000
Menopozda hayat mutsuz hale gelir	33 63,5	12 27,3	12,534 0,000
Menopoz ailesel problemleri artırır	25 48,1	8 18,2	9,442 0,002
Vücutta değişiklikler olur	56 58,3	20 45,5	5,543 0,019
Menopozda cinsel ilgide azalma yaşanır	35 67,3	53 55,2	6,717 0,010
Menopozda cinsel ilişkide ağrı yaşanır	25 48,1	11 25,0	5,415 0,020

Yangın ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (21). Bu görüş ayrılığı Türk ve Alman kadınlar arasındaki kültürel farklılığı ortaya koymaktadır. Yaşlandıkça kadınların sosyal statüsünün arttığı Doğu ve Asya ülkelerinde menopoz olumlu olarak algılanmaktadır, yaşlanmakla beraber toplumda bir üst seviyeye taşındıklarını hissetmek onları daha

mutlu kılmaktadır. Batı kültüründe yaşam tecrübesinin kazandırdığı bilgeliğin değeri olmadığı için yaşlılar, statü, fonksiyon ve rol kaybının sıkıntısını yaşamaktadırlar (6).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan tüm kadınların menopoza giriş yaşı ortalaması yaklaşık 47 olarak saptanmıştır. Türk ve Alman kadınların menopoza girme yaşı, menopoz süresi ve menopoza girme şekli arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İki farklı kültürdeki kadınlar arasında menopoz döneminde sosyal gelişme, ibadetler, cinsellik ile ilgili konularda farklılıklar saptanmıştır. Araştırmamızın sonuçları doğrultusunda menopozal dönemdeki kadınların yaşadıkları sorunlar, kültürlerarası farklılıkların ve sorunlara yönelik girişimlerin hizmet içi eğitim programlarıyla hemşirelere anlatılarak öneminin kavratılması, hemşirelerin hizmet verdikleri kadınların, kültürünü tanımak için daha duyarlı olmaları ve bunu da hizmetlerine etkili bir biçimde yansıtması, menopozal semptomların şiddetini ve olumsuz etkilerini azaltmaya ve bunlarla baş etmeye yönelik kültürel farklılıkları da göz önünde bulundurarak menopozal semptomlarla başetmekle ilgili ve eğitimlerin yapılması ve kadınların yaşamlarının bu dönemini daha kaliteli geçirebilmeleri için desteklenmesi ve menopozal dönemde kültürel farklılıkları göz önünde bulundurularak farklı çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=21519 (Erişim Tarihi: 24.06.2016).
2. Shah MG, Maibach H I. Estrogen and Skin, an Overview, *Am J Clin Dermatol*, 2001; 2(3):143-50.
3. Palacios S, Henderson VW, Siseles N, Tan D, Villaseca P. Age Of Menopause and Impact Of Climacteric Symptoms By Geographical Region, *Climacteric*, 2010; 13:419-428.
4. Çiçek M, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Kitabevi Ankara, 2004; 1163-1180.
5. Hall L, Callister LC, Berry JA, Matsumura G. Meanings of Menopause Cultural Influences on Perception and Management of Menopause, *Journal of Holistic Nursing*, 2007; 25(2):106-118.
6. Tortumluoğlu G. Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum Ve Sağlık Davranışlarına Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Behice Erci. Erzurum, 2003.
7. Astbury-Ward EM. Menopause, Sexuality and Culture: Is There a Universal Experience? *Sexual and Relationship Therapy*, 2003; 18(4):437-445.
8. Kowalcek I, Rottebi D, Banza C, Diedricha K. Women's Attitude And Perceptions Towards Menopause In Different Cultures Cross-Cultural And Intra-Cultural Comparison Of Pre-Menopausal and Post-Menopausal Women In Germany And In Papua New Guinea, *Maturitas*, 2005; 51:227-235.
9. <http://www.sagmer.erciyes.edu.tr/gdb/dosyalar/~menopoz%20Arzu.doc> (Erişim Tarihi: 25.05.2015).
10. Tortumluoğlu G, Bayat M, Sevig Ü. Bireylerin "Giger ve Davidhizar'ın Transkültürel Değerlendirme Modeli" ile sağlık açısından değerlendirilmesi, 3.Uluslararası-10.Ulusal 61 Hemşirelik Kongre Özet Kitabı, 7-10 Eylül 2005. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir, 2005:141.
11. Akbaş A. "Yabancıların Türkiye'de Taşınmaz Ediniminin Emlak Piyasası Üzerine Etkilerinin İncelenmesi: Alanya Örneği". Yüksek Lisans Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Harita Mühendisliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Recep Nişancı. Trabzon, 2010.
12. Leon P, Chedraui P, Hidalgo L, Ortiz F. Perceptions and Attitudes Toward The Menopause Among Middle Aged Women From Guayaquil. Ecuador, *Maturitas*, 2007; 57:233-238.
13. Yangın HB, Kukul K, Sözer GA. The Perception of Menopause Among Turkish Women, *Journal of Women&Aging*, 2010; (22):290-305.
14. Im EO. Ethnic differences in symptoms experienced during the menopausal transition. *Health Care for Women International*, 2009; 30(4):339-355.
15. Strayer DA, Caple C. Menopause, Influence of Culture and Ethnicity Evidence-based Care Sheet, *Cinahl Information Systems*, August 2010; 6.
16. Ayrancı U, Orsal O, Orsal O, Arslan G, Emeksiz DF. Menopause Status And Attitudes in A Turkish Midlife Female Population: An Epidemiological Study, *BMC Women's Health*, 2010;10(1),1.
17. Sis A. Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopozal Yakınmalarının Evlilik Uyumuna Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Türkan Pasinlioğlu, Erzurum-2010.
18. Bilgin O. Menopoz Hakkında Herşey, Boyut Yayıncılık, İstanbul, 2004:11-40.
19. Bakara:2/222.<http://www.diyaret.gov.tr/kuran/meal> (ErişimTarihi:25.05.2015)
20. Pan HA, Wu MH, Hsu CC, Yao BL, Huang KE. The Perception of Menopause Among Women In Taiwan, *Maturitas*, 2002; (41):269-274.
21. Yangın HB, Sözer GA, Şengün N, Kukul K. The Relationship Between Depression and Sexual Function In Menopause Period, *Maturitas*, 2008; (61):233-237.

TOKAT İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN EBELERİN ÜÇLÜ TARAMA TESTİNE İLİŞKİN BİLGİ VE UYGULAMA DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI

DETERMINATION OF INFORMATION AND APPLICATION LEVELS ABOUT TRIPLE SCREENING TEST OF MIDWIVES WORKING IN THE CENTER OF TOKAT CITY

Zümrüt YILAR ERKEK¹, Ferit Mustafa KOÇOĞLU²

ÖZET

Araştırma ebelerin “Üçlü Tarama Testi” hakkındaki bilgi ve uygulama düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Tokat merkezde çalışan ebeler (n=112) oluşturmuştur. Veriler 29 sorulu anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Verilerin analizinde ki-kare testi ve fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır. Ebelerin %84,8’i üçlü tarama testinin rutin olarak, sadece %15,2’si ailede genetik hastalık varlığı, akraba evliliği, ileri yaş, gebelikte ilaç kullanımı ve anomali öyküsü durumlarında uygulanmasının gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Ebelerin %78,6’sı kromozomal anomalileri belirlemede üçlü tarama testinin kullanıldığını, %75,9’u üçlü tarama testinin yapıldığı haftaları doğru bilmiştir. Ebelerin %75’i üçlü tarama testiyle Down Sendromunun belirlenebileceğini bilmektedir. Ebelerin %91,1’i gebeleri tarama testlerine yönlendirmede sorumluluklarının olduğunu, %59,8’i tarama testi hakkında danışmanlık yaptıklarını, %75’i tarama testleri hakkında yeterli bilgi ve eğitim almadıklarını belirtmişlerdir.

Araştırma bulguları, ebelerin üçlü tarama testi konusunda bilgi ve uygulama düzeylerinin yeterli olmadığını göstermektedir. Bu sonuç doğrultusunda ebelerin gebelere tarama testlerine yönelik danışmanlık yapabilecek bilgi ve donanımına sahip olmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, Üçlü Tarama Testi, Ebelerin Bilgi Düzeyi

ABSTRACT

This descriptive study was performed to determine the knowledge and practice levels of midwives about “Triple Screen Test”. The population of the study consisted of midwives (n=112) working in the city center of Tokat. The data were collected using a questionnaire with 29 questions. The data were analyzed by using chi-square test and fisher’s exact chi-square test. While 84.8% of the midwives stated they should use routinely triple screening test, 15.2% stated that it is necessary to apply the test in case of presence of genetic diseases in the family, kin marriage, advanced age, use of medication in pregnancy and history of anomaly. 78.6% of the midwives used the triple screening test in determining chromosomal abnormalities and 75.9% knew which weeks the triple screening test should be carried out. 75% of the midwives aware that Down syndrome could be determined by using the triple screening test. 91.1% of the midwives stated that they had responsibilities in referring pregnant women, 59.8% stated that they consulted pregnant women about screening test, and 75% stated that they did not receive sufficient knowledge and education about screening tests

Results of the study indicate that the midwives did not have sufficient levels of knowledge and practice concerning triple screening test. In line with this result, it is recommended for midwives to have knowledge and qualification to consult pregnant women for screening tests.

Keywords: Midwifery, Triple Screen Test, Knowledge Levels of Midwives

**Bu çalışma tez (Tez no:225835) olarak yayınlanmıştır.*

İletişim/Corresponding Author: Zümrüt YILAR ERKEK

Geliş Tarihi / Received:

10.08.2015

e-posta: zyilar@hotmail.com

Kabul Tarihi / Accepted :

24.06.2016

¹Yardımcı Doçent Doktor, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Profesör Doktor Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Geçmişte anne sağlıklı ise fetus de sağlıklı sayılmış, prenatal bakım hizmetlerinin sunumunda annenin değerlendirilmesine öncelik verilmiştir. Oysa şimdi gelişen teknoloji ve biyokimyasal analizlerle fetusteki riskli durumların, özellikle genetik hastalık ve anomalilerin anne karnında erken dönemde tespit ediliyor olması, fetüsün değerlendirilmesine ayrı bir önem katmıştır (1).

Yapılan çalışmalarda yılda Dünya’da en az 7,6 milyon çocuğun genetik hastalık ile doğduğu ve yetersiz kaynaklar nedeni ile erken dönemde tanı konulmadan öldüğü, oysa bu hastalıkların %70’inin erken dönemde saptanarak önlenilebileceği belirlenmiştir (2). Bu nedenle genetik hastalıkların ve fetal anomalilerin tespit edilmesinde kullanılan tarama testleri Doğum Öncesi Bakımın (DÖB) temel ilgi odağı haline gelmiştir (3).

Kadına gebelik tanısı konulduktan sonra anne ve yenidoğan sağlığının korunması amacıyla gerek aile sağlığı merkezlerinde gerekse kadın doğum polikliniklerinde annelerin ve bebeklerin takip edilmesi gerekir. Doğum öncesi bu takipler sırasında anne ve yenidoğanda herhangi bir sorun olup olmadığını tanılamak amacıyla özellikle de fetüste ortaya çıkabilecek anomalileri erken dönemde belirlemek amacıyla bazı testlerin yapılması gerekir (4, 5, 6). Bu amaç doğrultusunda “üçlü tarama testi”, anne karnındaki fetüse ait kromozomal anomalileri belirlemek amacıyla, anne ve fetüse zarar vermeden tanıya yardımcı olan, kolay, maliyeti düşük ve çabuk sonuç verebilen tarama testleri arasında en çok bilinen ve birçok ünite de rutin olarak uygulanan bir testtir (7, 8, 9, 10). Üçlü tarama testi, sağlıklı gebelerde geniş bir popülasyon taraması sonucu elde edilen ortalamaları kullanarak, bebeğinin belirli doğum anormalliklerine sahip olması ihtimali fazla olan kadınları saptamaya yönelik bir tarama testidir. Bu test ile kromozom anomalileri arasında en sık ortaya çıkan ve ileri yaşla direkt ilişkili olan Down Sendromu (Trizomi 21) başta olmak

üzere Spinal Kord Defekti ve majör malformasyonların taranması amaçlanmıştır (7, 11, 12, 13, 14, 15, 16).

Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde kadınların, çocuk sahibi olmayı birçok nedenden (sosyal, ekonomik, eğitim, gelişen infertilite teknikleri vb...) dolayı, hayatlarının kırklı yaşlarına ertelemeleri ileri yaşta gebeliklerin tüm doğumlar içindeki oranını belirgin ölçüde yükseltmiştir. Bu durum üçlü tarama testine olan gereksinimin ileri yaş gebeliklerle birlikte giderek arttığının bir göstergesi olmuştur (17).

Normal bir gebelik, doğum ve doğum sonrası 28 güne kadar olan obstetrik bakımın büyük bir kısmını ebeler sağlar. Buldukları bu önemli pozisyonun dolayı ebeler, gebelikte risk oluşturabilecek konular hakkında en fazla bilgi ve tartışma isteyen ve uzman genetik servislere yönlendirilmesi gereken kadınlarla karşılaşma olasılığı yüksek olan sağlık grubudur. Bu nedenle ebelerin, kadın ve ailesini, kromozomal anomaliler, genetik hastalıklar, tarama testleri, bu testlerin nasıl uygulandığı ve sonuçlarının nasıl değerlendirilmesi gerektiği ve sonrasında hangi testlerin/eylemlerin sunulabileceği konusunda çok iyi bilgilendirmeleri gerekir (9, 18, 19, 20, 21).

Araştırma Tokat il merkezindeki Sağlık Bakanlığı’na bağlı kuruluşlarda çalışan ebelerin, fetal sağlığın değerlendirilmesinde kullanılan “üçlü tarama” testi hakkındaki bilgi ve uygulama düzeylerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Bu araştırma tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır. Tokat il merkezinde bulunan sekiz sağlık ocağı, AÇSAP Merkezi ve Karşıyaka Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde çalışan tüm ebeler üzerinde, Şubat 2007 ve Mart 2007 tarihleri arasında yapılmıştır. Toplam 148 ebe ile görüşülmüş, 112’si çalışmaya katılmayı kabul etmiştir (%75,7).

Araştırma için kurumların başhekimlikleri ve sorumluları ile görüşülmüş ve izin

alınmıştır. Araştırmacı tarafından çalışmanın amacı ve soru formunun içeriği hakkında bire bir görüşme tekniği kullanılarak, ebelere bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmaya “isteklilik/gönüllülük ilkesi” dikkate alınarak onamları alınmıştır.

Veriler araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen soru formu aracılığı ile toplanmıştır. Geliştirilen soru formu 29 sorudan oluşmaktadır. Bu formda gebenin yaşı, eğitim durumu, çalıştığı sağlık kuruluşu, çalışma yılını ve gebe kalma durumunu içeren tanıtıcı özellikler kapalı uçlu sorular şeklinde hazırlanmış olup, 5 sorudan oluşmaktadır. Kromozomal anomalilere neden olabilecek riskli durumlar, kromozomal anomalileri belirlemede kullanılan tarama testleri, üçlü tarama testine ilişkin bilgiler ve tarama testlerine gebeleri yönlendirme durumları ise açık uçlu sorular şeklinde hazırlanmış olup, 24 sorudan oluşmaktadır.

Toplanan veriler SSPS 10.0 istatistik programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; sayımla elde edilen nitel değişkenlerin özgün sınıflama biçimlerini (kategorik gruplama) ve frekans dağılımını ele alarak dağılım biçimine yönelik analiz etmek amacıyla “Ki-kare (Chi-Square) testi”, çapraz tablolarda verilen iki değişkenin belirlenen özellikleri arasında bir bağımlılık olup olmadığını analiz etmek amacıyla da “Fisher Ki-kare testi” kullanılmıştır. İstatistiksel olarak önemlilik düzeyi ise $p < 0,05$ ile tanımlanmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan ebelerin %54,5’i 25 – 34 yaş arasında, %52,7’si sağlık koleji mezunu, %47,3’ü sağlık ocağında çalışmakta ve %31,3’ünün çalışma süresi 11-15 yıl arasındadır. Ebelerin %71,4’ünün gebelik öyküsü bulunmaktadır.

Tablo 1. Ebelerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler (n=112)	Sayı	%
Yaş	18–24 yaş	17 15,2
	25–34 yaş	61 54,5
	35–44 yaş	27 24,1
	45 yaş ve üstü	7 6,2
Eğitim Durumu	Sağlık koleji	59 52,7
	Ön lisans	39 34,8
	Lisans	12 10,7
	Yüksek lisans	2 1,8
Çalıştığı Kurum	Doğumevi	52 46,4
	Sağlık ocakları	53 47,3
	AÇSAP Merkezi	7 6,3
Toplam Çalışma Süresi	1–5 yıl	26 23,2
	6–10 yıl	27 24,1
	11–15 yıl	35 31,3
	16–20 yıl	13 11,6
Gebe Kalma Durumu	21 yıl ve üstü	11 9,8
	Evet	80 71,4
	Hayır	32 28,6

Doğum öncesi dönemde fetal anomalilere bağlı fetal ve yenidoğan kayıplarını azaltmak için antenatal bakım hizmetlerinin sunumunda en son teknolojik gelişmelerin kullanılması antenatal bakımın ileriye götürülmesinde oldukça önemlidir. Gebeliğin saptanmasından itibaren düzenli aralıklarla yapılacak olan doğum öncesi bakım takipleri ve gebelikte yapılan tarama testleri gebelikte fetüste ortaya çıkabilecek sorunların en erken dönemde tanınmasına ve yüksek riskli gebeliklerin ayıklanmasına yardımcıdır (4, 22).

Çalışmamızda ebelerin çoğu (% 40,2) gebelikte fetüste kromozomal anomaliye ailede genetik hastalığın varlığının neden olabileceğini belirtmiştir. Bunu akrabalık (%33) ve gebelikte ilaç kullanma (%30,4) durumu izlemektedir. Ebelerin %6’sı düşük ve ölü doğumun, %7’si anomalili bebek öyküsünün sonraki gebelikte de sorun yaratabileceğini belirtmişlerdir (Tablo 2). Erden’in (1993) çalışmasında ise ebelerin %23,2’si akrabalık durumunu, %22,2’si ise ailede genetik hastalığın varlığını ve anomalili bebek öyküsünü neden olarak bildirmişlerdir.

Tablo 2. Ebelerin Gebelikte Fetüste Kromozomal Anomaliye Neden Olan Durumları Bilme Durumları

Kromozomal Anomali Nedenleri (n=112)	Biliyor		Bilmiyor		Cevap Yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ailede genetik hastalık varlığı	45	40,2	46	41,1	21	18,7
Yaş	31	27,7	60	53,6	21	18,7
Anomalili bebek öyküsü	7	6,3	84	75,0	21	18,7
Gebelikte zararlı ilaç kullanma	34	30,4	57	50,9	21	18,7
Röntgen ışınlarına maruz kalma	21	18,8	70	62,5	21	18,7
Annenin viral enfeksiyon geçirmesi	15	13,4	76	67,9	21	18,7
Düşük öyküsü	6	5,4	85	75,9	21	18,7
Ölü doğum öyküsü	6	5,4	85	75,9	21	18,7
Akrabalık durumu	37	33,0	54	48,3	21	18,7

Günümüzde üçlü tarama testleri fetüse ait risk değerlendirilmesi amacıyla birçok sağlık kuruluşunda rutin olarak uygulanmaktadır. 16-18. gebelik haftası arası yapılan üçlü tarama testinin %5 yalancı pozitiflik oranı ile %60-65 oranında fetüste riskleri tanılamaya yardımcı olduğu bilinmektedir (4, 8, 10). Ebelerin %78,6'sı kromozomal anomalileri belirlemede üçlü tarama testinin uygulandığını bildiklerini belirtmişlerdir. Bu oran ikili tarama testinde %56,3, umbilikal kan örneği ve koryon villus örneklemeinde %5,4, ultrasonda ve MS-AFP'de %4,5'tir (Tablo 3). Soğukpınar ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında ebelerin %39'u ultrasonu, %51'i MS-AFP'i, %54'ü koryon villus örneklemeini bilmiştir. Bu çalışmada ebelerden hiçbiri ultrasonografi ile ense kalınlığı ölçümünü bilmiyorken, Tyzack ve Wallace'nin (2003) sağlık bakım çalışanları üzerine (doktor ve ebe) yaptığı çalışmada katılımcıların yarısı, tarama yöntemlerinden en etkilisinin ense kalınlığı ölçümünü

bildirmişlerdir. Tyzack ve Wallace bu sonucu ense kalınlığı ölçümünün son 5 yılda hızla artmasına ve Down Sendromu'nun bugüne kadar tanımlanmış en etkin işaretçilerinden biri olduğuna bağlamıştır. Ergün ve arkadaşlarının (2011) "Gebelerin Üçlü Tarama Testi ve Gebelikte Yapılan Diğer Testler Hakkındaki Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi" amacıyla yaptıkları çalışmada ise gebelerin %35,2'si ikili tarama testini, %40,4'ü ise üçlü tarama testini bilmişlerdir. Turaçlar ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin genetik tanı testlerine dair farkındalık düzeylerine bakıldığında amniyosentez %98,6, USG %96,9, umbilikal kan örneği alma %94,5 testleri ilk 3 sırada yer almıştır. Bu durum sağlık çalışanlarının temel konularla ilgili bilgilerinin yeterli olduğunu fakat kromozomal hastalıklarda önemli olan, güncel ve son çıkan testlerle ilgili daha az bilgiye sahip olduklarını göstermektedir.

Tablo 3. Ebelerin Yenidoğanın Genetik Değerlendirilmesinde Kullanılan Tarama Testlerini Bilme Durumları

Tarama Testleri (n=112)	Biliyor		Bilmiyor		Cevap Yok	
	Sayı	%	Sayı	%	%	Sayı
Ultrason	5	4,5	89	79,5	18	16,0
MS-AFP	5	4,5	89	79,5	18	16,0
İkili tarama testi	63	56,3	31	27,7	18	16,0
Üçlü tarama testi	88	78,6	6	5,4	18	16,0
Dörtlü tarama testi	9	8,1	85	75,9	18	16,0
Amniosentez	33	29,5	61	54,5	18	16,0
Umbilikal kan örneği	6	5,4	88	78,6	18	16,0
Koryon villus örnekleme	6	5,4	88	78,6	18	16,0

Çalışmamızda ebelerin %91,1'i tarama testlerine yönlendirmede kendilerinin sorumlu olduğunu belirtmiştir. Ebelerin %84,8'i üçlü tarama testinin rutin olarak uygulanmasının gerekli olduğunu belirtirken, sadece %15,2'si anomalili bebek öyküsü, ailede genetik hastalık varlığı, akraba evliliği, ileri yaş, gebelikte ilaç kullanımı ve anomalili bebek öyküsü durumlarında bu testin uygulanmasının gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Ebelerin %75,9'u üçlü tarama testinin yapılması gereken zamanın 16.-20.

haftalar arasında olması gerektiğini doğru olarak bilmişlerdir. Ebelerin %75'i üçlü tarama testi ile Down Sendromunun belirlenebileceğini bilmektedir. Ebelerden %94,6'sının organ anomalilerinin ve %83,9'unun da Nöral Tüp Defektinin bu testle belirlendiğini bilmediği görülmüştür (Tablo 4). Çalışmamızda ebelerin %75,9'u üçlü tarama testinin yapılması gereken zaman aralığını doğru olarak belirtmişlerdir. Ergün ve arkadaşlarının çalışmasında ise bu oran %93,1'dir.

Tablo 4. Ebelerin Üçlü Tarama Testine İlişkin Verdikleri Cevapların Dağılımı

	Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%	
Üçlü Tarama Testi Tüm Gebelere Uygulanmalı (n=112)	95	84,8	17	15,2	
Üçlü Tarama Testine Ebeler Gebeleri Yönlendirmede Sorumludur (n=112)	102	91,1	10	8,9	
Üçlü Tarama Testinin Uygulanması Gereken Durumlar (n=17)	Düşük öyküsü	7	41,2	10	58,8
	Genetik hastalık varlığı	10	58,8	7	41,2
	Akraba evliliği	10	58,8	7	41,2
	İleri yaş	8	47,1	9	52,9
	İlaç kullanımı	5	29,4	12	70,6
Üçlü Tarama Testinin Uygulanması Gereken Hafta (n=112)	Anomalili bebek öyküsü	11	64,7	6	35,3
	16.- 20. haftalar arası	85	75,9	27	24,1
Üçlü Tarama Testi İle Belirlenen Anomaliler (n=112)	Down Sendromu	84	75,0	28	25,0
	Nöral Tüp Defektleri	18	16,1	94	83,9
	Organ anomalileri	6	5,4	106	94,6

Ebelerin %59,8'i üçlü tarama testi hakkında danışmanlık yaptıklarını belirtmişlerdir. Üçlü tarama testi hakkında danışmanlık yapma durumları ebelerin eğitimlerine, hizmet sürelerine ve gebe kalmalarına göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Buna karşılık sağlık ocağı ve AÇSAP Merkezinde çalışanların %73,3'ü üçlü tarama testi hakkında danışmanlık yapıyorken, doğumunda çalışanların yalnızca %44,2'si danışmanlık yapmaktadır. İstatistiksel olarak aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,004$) (Tablo 5). Soğukpınar ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında ise danışmanlık yapan ebelerin oranı %79'dur ve aradaki fark ebelerin eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Turaçlar ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ebelik/hemşirelik öğrencilerinin %94,3'u ebe

ve hemşirelerin genetik danışmanlık ve tarama testlerine yönlendirmede sorumluluklarının olduğuna inandıklarını bildirmişlerdir. Işık'ın (2010) "Gebelik Sürecinde Tıbbi Aydınlatma" adlı 102 gebe üzerinde yaptığı çalışmasında gebelerin ikili ve üçlü test konusunda bilgi alma oranları beşte iki civarındadır (%44,1 ve %43,1). Genetik danışmanlık ve prenatal tarama testlerinin yapılma amacı; anomalili bebek olma olasılığını belirleyip aileler ile birlikte fetüsün durumu hakkında fikir birliği oluşturmaktır. Böyle zor bir karar sürecinde ailelerle kurulacak etkili iletişimin ve durum hakkında yapılacak bilgilendirmenin önemi açıktır. Ancak yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının bu konuda verdikleri bilgilerin ve kurdukları iletişimin istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir.

Tablo 5. Ebelerin Üçlü Tarama Testi Konusunda Danışmanlık Yapma Durumlarının Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

	Üçlü Tarama Testi Danışmanlık Yapma Durumu								
	Yapıyor		Yapmıyor		Cevap yok		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	Sayı	%	Sayı	Sayı	%	
Eğitim Durumu									
Sağlık koleji	35	59,3	15	25,4	9	15,3	59	100,0	$x^2=0,015$
Ön lisans ve üstü	32	60,4	14	26,4	7	13,2	53	100,0	$p=0,992$
Çalıştığı Kurum									
Doğumevi	23	44,2	17	32,7	12	23,1	52	100,0	$x^2=10,928$
Sağlık ocakları ve AÇSAP Merkezi	44	73,3	12	20,0	4	6,7	60	100,0	$p=0,004$
Toplam Çalışma Süresi									
1-10 yıl	31	58,5	16	30,2	6	11,3	53	100,0	$x^2=2,165$
11-15 yıl	20	57,1	8	22,9	7	20,0	35	100,0	$p=0,705$
16 + yıl	16	66,7	5	20,8	3	12,5	24	100,0	
Gebelikte Tarama Testi Yaptırma Durumu (n=80)									
Yaptırdım	34	64,2	9	17,0	10	18,8	53	100,0	$x^2=1,381$
Yaptırmadım	17	63,0	7	25,9	3	11,1	27	100,0	$p=0,501$
Toplam	67	59,8	29	25,9	16	14,3	112	100,0	

Doğum öncesi dönemde yapılan düzenli ve etkili takipler sonucu dünyaya sağlıklı bebekler gelecektir ve bu da toplumumuzun temelini sağlıklı şekilde atılmasını sağlayacaktır. Geleceğimizin temelini atacak olan sağlıklı bebeklerin dünyaya gelmesi ve sorunsuz gebelik için, gebelerin ebeler tarafından bilgilendirilmeleri ve etkili iletişim kurulması son derece önemlidir. Bu bilgilendirmeyi yapabilmeleri için ise ilk önce ebelerin bu konuda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmaları gerekir. Çalışmamızda ebelerin %75'i fetal sağlığın değerlendirilmesinde kullanılan tarama testleri hakkında yeterli bilgi ve eğitim almadığını belirtmiştir (Tablo 6). Maggie Kirk'in 1999'daki (Nurse Education Today) yayınında hemşirelere verilen eğitimde %94 ile temel genetik hastalıkları, %92 ile kalıtım yollarını, %69 ile etik kuralları öğrendikleri, %33 ile genetik testleri daha az bildikleri tespit edilmiştir. Tomatır ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada (sahada koruyucu sağlık hizmetinde çalışan) ebelerin temel genetik bilgi, genetik hastalıklar ve prenatal tanı konusunda yetersiz oldukları saptanmıştır. Metcalfe ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada sahada çalışan ebeler, genetik bilgi konusunda eğitimlerinin yetersiz olduğunu ve bu konuda eğitim

almaları gerektiğine inandıklarını söylemişlerdir. Erden'in (1993) çalışmasında ebe/hemşirelerin %57,9'u sadece okudukları süre zarfında genetik ile ilgili konularda bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Turaçlar ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiş ebelik/hemşirelik öğrencilerinin %56,5'inin genetik bilgilerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Bu durumun fetal sağlığın değerlendirilmesiyle ilgili yenilikler ve teknolojideki gelişmelerin çok hızlı olması nedeniyle genetik ve tarama testlerine yönelik bilgi ve gelişmeleri takip etmenin zorlaşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Böyle olmasına rağmen, ebelerin yenilikleri takip etme, kavrama, kritik etme ve gerekli kimselere aktarma gibi mesleki sorumluluklara sahip oldukları; sağlık yöneticilerinin de hizmet içi eğitim programları düzenleyerek, yeniliklerin izlenmesinde personele yardımcı olmaları gerektiği düşünülmektedir.

Tablo 6. Ebelerin Tarama Testleri Hakkında Eğitim Alma Durumları

	Sayı	%
Evet	23	20,5
Hayır	84	75,0
Cevap yok	5	4,5

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, Tokat il merkezindeki Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarda çalışan ebelerin, gebeleri fetal sağlığın değerlendirilmesinde kullanılan “üçlü tarama” testine yönlendirmede büyük oranda sorumlu olduklarını düşündükleri ancak tarama testleri ilgili bilgi düzeylerinin bu sorumluluğu yerine getirmek için yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır. Çalışmadaki gözlemlerimiz çerçevesinde;

Sağlık elemanı yetiştiren okullarda ders programları içinde fetal sağlığın değerlendirilmesinde kullanılan tanı yöntemleri ve tarama testlerine yönelik verilen danışmanlık konularının öneminin çok iyi vurgulanması,

Mezun olan sağlık elemanlarının bilgilenmelerinin sürekliliğini sağlamak için belirli aralıklarla hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık elemanlarının doğum öncesi gebelere sunduğu bakımın yeterliliğini, hizmetin ulaşılabilirliğini ve izlemlerin kalitesini artırmak açısından “evde bakım- ev ziyaretleri” hizmetlerine ağırlık verilmelisi,

Sağlık yöneticilerinin ebeler tarafından yürütülen ev ziyaretlerini nicelik ve nitelik açısından sürekli denetlemesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Taşkın L. Doğum Eylemi. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. IX. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2009: 83-86.
2. Turaçlar N. Altuntuğ K. Ege E. Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Genetik Hastalık ve Genetik Danışmanlık Bilgi Durumları. Sted. 2014; 23 (2):50-59.
3. Statham H, Solomou W, Gren J.M. Communication of prenatal screening and diagnosis results to primary-care health professionals. Journal of the Royal Enstitute Of Public Health 2003; 117: 348-357
4. Ergün P. Köken GN. Coşar E. Şahin F.K. Arıöz FT. Yılmaz M. Gebelerin Üçlü Tarama Testi ve Gebelikte Yapılan Diğer Testler Hakkındaki Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011; 10(4): 403- 408.
5. Yüksel A. Düşük Riskli Gebelerde Antenatal Tarama Testleri. Ed.: Berkman S. İn: Doğum Bilgileri. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri. 2004: 29-33.
6. Deren Ö. Gebelikte tarama testleri. Ed.: Günalp S, Tuncer S. İn: Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. 2004: 21-31.
7. Feyzbakhsh S., Mozaffari R., Tajik A., Zafamia M., Fardmanesh A. Triple Test and Pregnancy Outcome Association. Part-II: Natural and Applied Sciences. 2013;4(1):368-71.

8. Eserdağ S. Doğum öncesi bakımın önemi. <http://www.hekimce.com/index.php?kiid=348> Erişim tarihi: 06.06.2007.
9. Yıldırım M.S. Prenatal tanıda üçlü testin önemi ve haftalara göre MoM değerleri. Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış doktora tezi, 2000 .
10. Reynolds, T. (2010). The triple test as a screening technique for Down Syndrome: reliability and relevance. Int. J. Womens Health. 2:83-8.
11. Nicolaides K.H. Screening for fetal aneuploidies at 11 to 13 weeks. Review. Prenatal Diagnosis 2011; 31: 7-15.
12. Engür A. Fetal kromozom anomalilerinin yakalanmasında II. trimester serum üçlü tarama testinin duyarlılığı ve plasenta ile sınırlı mozaizmin metarnal serum HCG değeri üzerine etkisi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış doktora tezi, 1999.
13. Kahraman S. Doğuştan olan anomaliler ve doğum öncesi tanı yöntemleri. <http://www.hekimce.com/index.php?kiid=351> Erişim tarihi: 08.04.2008.
14. Koç A, Üstün Y, Diribaş K. Prenatal tanıda risk gruplarının belirlenmesi ve tarama testleri. 1. Ulusal Ana – Çocuk Sağlığı Kongresi El Kitabı. Ankara, 2001: 65 – 75.
15. Yurdakök M, Erdem G. Neonatoloji Ankara: Alp Ofet. 2004: 46 – 47.
16. Wald N.J, Cuckle H.S, Densem J.W, Nanchahal K, Roystan P, Chard D, Haddow J.E, Knight G.J, Polomaki G.E, Canick J.A. Maternal serum screening for Down Syndrome in early pregnancy. B.M.J. 1998; 22: 297.
17. Akyol A, Gedikbaşı A, Mağar V, Ark C, ve Ceylan Y. 40 yaş üstü gebeliklerin perinatal sonuçları. Perinatoloji Dergisi 2006; 14 (1): 1-4.
18. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü. Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler. 1992: 45 – 48.
19. Metcalfe A, Haydon J, Bennett C, Farndon P. Midwives views of the importance of genetics and their confidence with genetic activities in clinical practice: implications for the delivery of genetics education. Journal Of Clinical Nursing 2007: 1-11.
20. Aslan G, Şenol S. Türkiye’de bebek ve çocukların durumuna ilişkin sorunlar ve ebeğin rolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1 (1): 64-72.
21. Tyzack K, Wallace E.M. Down Syndrome screening: what do health professionals know? Australian And New Zealand Journal Of Obstetrics And Gynecology 2003; 43: 217-221.
22. Diribaş K, Kaya C, Koç FA. İlk Trimester Fetal Tarama Testleri. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi. 2002; 12(2): 186-191.
23. Erden F. Sağlık ocaklarında ve AÇS merkezlerinde çalışan ebelerin, genetik hastalıklar ve genetik danışmanlık ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, 1993.
24. Soğukpınar N, Durgun B, Özdemir S. Kocaeli ili merkez sağlık ocaklarında çalışan ebelerin prenatal tanı ve antepartum fetal değerlendirme yöntemleri konusunda bilgi düzeylerinin araştırılması. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 2003; 17(3): 175-179.
25. Işık M.T. “Gebelik Sürecinde Tıbbi Aydınlatma” Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Adana, 2010.
26. Tomatır AG, Özşahin A, Sorkun HC, Demirhan H., & Akdağ B. Midwives’ Approach to genetic diseases and genetic counseling in Denizli, Turkey. J. Genet. Couns. 2006; 15, 191-198.

EV ZİYARETLERİNDE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

DIFFICULTIES ENCOUNTERED IN HOME VISITS

Neşe KARAKAYA¹, Mustafa Ferit KOÇOĞLU²

ÖZET

Ev ziyaretleri uygulaması, bireyi ve aileyi gerçek ortamında bütüncül yaklaşım doğrultusunda değerlendirerek, bireylere gereksinimlerini fark ettirmek ve bu gereksinimlere uygun yaklaşımlarda bulunmak amacı ile yapılmaktadır. Ebelik lisans eğitiminde öğrenciler ev ziyareti uygulaması yapmaktadır ve farklı ev ortamında birçok kültürden insanla iletişim kurmak zorundadır. Bu konuda deneyimsiz olan öğrenci ebelerin bazı güçlüklerle ve sorunlarla karşılaşmaları muhtemeldir. Bu araştırma, ebelik programı öğrencilerinin ev ziyaretlerinde karşılaştıkları güçlükleri saptamak amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı olarak yapılan çalışma, 2007 yılında Cumhuriyet Üniversitesi'nde öğrenim gören ebelik 2., 3. ve 4.sınıf öğrencilerine 20 soruluk anket uygulanarak elde edilmiştir. Veriler SSPS 10.0 istatistik programında Ki-kare Testi ve Fisher Ki-kare Testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Öğrencilerin ev ziyaretleri uygulamasında daha çok ev adreslerini bulmakta zorluk, ailenin ziyareti kabul etmemesi ve ev ortamının öğretimi olumsuz etkilemesi durumlarında güçlük yaşadığı anlaşılmaktadır. Ebe yetiştiren okullarda ev ziyaretleri ve uygulamaları ile ilgili konular daha kapsamlı anlatılmalı, öğrencilerin ev ziyaretlerinde karşılaşacağı güçlüklerle ilgili ve mezun olduktan sonra çalışacakları saha ile ilgili danışmanlık yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ev Ziyareti, Ebelik Programı, Güçlük

ABSTRACT

The practice of home visits in line with the holistic approach of the individual and the family in a real environment by evaluating, enable individuals to realize their requirements and carried out with the aim to be found in the appropriate approaches to address these requirements. Students in the bachelor program is to make home visits and practices must communicate with people of many different cultures in the home environment. With some difficulty and encounter problems of inexperienced student midwives on this issue it is likely. This research was conducted to determine the difficulties they encounter in their home visits midwifery program students. As a descriptive study, studying at the Cumhuriyet University in 2007 midwifery 2nd, 3rd and 4th class students have been obtained by applying the 20 question survey. Data SSPS 10.0 statistical program was evaluated using the Chi-square test and Fisher's Chi-square test. Students of home visits practice, more difficulty in finding their home address, and home visit of the family refuses to accept the teaching of a negative effect on the environment, it is understood that in cases of difficulty experienced. Midwife training schools, home visits, and practices concerning should be described in more detail, and about the challenges students will face after graduation and during home visits should be made in consultation with the field they will be working.

Keywords: Home Visit, Midwifery Program, Difficulty

¹Öğr. Gör. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Prof. Dr. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Ebelik, tarihin en eski mesleklerinden biridir. Ebeğin temel görevi bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma, yükseltme ve sürdürmedir. Ebeler görevlerinin çoğunu ev ziyaretleri yaparak gerçekleştirir. Ev ziyaretinin en önemli amacı bireyleri yaşadıkları ortamdaki koşullarla birlikte değerlendirmektir (1). Aileyle karşılıklı iletişimde bulunulması, ailenin kendi ortamında daha rahat olması, ailenin tüm bireylerinin bir bütün olarak gözlenmesi, aile üyelerinin birbirleri ile olan iletişimi yerinde izlenerek hizmetin amacına uygun planlanması, riskli durumların daha kolay saptanması ve çabuk değerlendirilerek daha gerçekçi planlar yapılması ev ziyaretlerinin yararlılığını ortaya koymaktadır (2,3).

Ev ziyaretleri, ziyaretçi sağlık personeli için anksiyete yaratan bir durumdur. Çünkü klinikte çalışan sağlık profesyonelleri konsültasyon ve yardım için diğer sağlık profesyonelleri ile hemen iletişime geçebilir. Bu durum ev ziyaretleri yapan sağlık profesyonelleri için daha zordur. Böyle durumlarda teknolojik gelişmelerden yararlanılarak farklı iletişim stratejileri geliştirilebilir. Ziyaretler bireyin özel yaşantısını geçirdiği ev ortamında yapıldığı için ziyaretçi sağlık profesyonelinde ve bireyde sınırlılıklar yaratabilir (2,3). Herhangi yeni bir durumla karşı karşıya iken herkesin anksiyete seviyesi artmaktadır. İster ilk defa ev ziyareti yapan ebe olsun, ister birçok defa ev ziyareti yapmış ebe olsun benzer durumları yaşamaktadır. Yine de ebeğin tecrübesi arttıkça anksiyete seviyesi azalmaktadır. Ebeğin başından geçen olayları diğer ebelerle paylaşması her iki taraf için de yararlı olacaktır.

Ebelik lisans eğitiminde öğrenciler ev ziyareti uygulaması yapmaktadırlar. Bu uygulama, bireyi ve aileyi gerçek ortamında bütüncül yaklaşım doğrultusunda değerlendirerek bireylere gereksinimlerini fark ettirmek ve bu gereksinimlere uygun yaklaşımlarda bulunmak amacı ile

yapılmaktadır (4). Saha, öğrenciler için çeşitli durumların yaşandığı, farklı kültür ve yapıdan birçok insanla iletişim kurmak zorunda kalınan, daha önce hiç karşılaşmamış oldukları bir ortamdır. Bu konuda deneyimsiz olan öğrenci bazı güçlüklerle ve sorunlarla karşı karşıya kalacaktır. Gölbaşı'na göre, Brodsty doğum sonu evde bakım konusunda öğrenci hemşirelerle çalışmış ve bu çalışmada yer alan öğrenci hemşirelerde güven duygularının arttığını ifade etmiştir. Dolayısıyla, böyle bir alanın gelişmesi ve aynı zamanda öğrenci eğitiminin bir parçası olarak kullanılması, bağımsız çalışabilen ve özgüvenleri yüksek bireylerin yetişmesine olanak verir (5). Öğrenciye ev ziyaretleri sırasında karşılaşılan sorunların gösterilmesi ve bunların sorun çözme basamaklarını izleyerek öğrenci ile birlikte çözülmesi, daha sonra öğrencinin karşılaştığı sorunların kendisine çözdürülmesi ve gerekli yerlerde kendisine destek sağlanması, öğrencinin profesyonel ebe olduktan sonra karşılaşacağı sorunlara etkili ve kalıcı çözüm getirmesini sağlar. Öğrenci öğretim elemanı etkileşiminin incelendiği çalışmada araştırma kapsamındaki hemşire öğrencilerin büyük bir çoğunluğu (%78) ilk uygulama alanlarında uyum gücünü yaşadıklarını ancak öğretim elemanlarını pek yanlarında bulamadıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin çoğunluğu, genç öğretim elemanlarıyla dersleri ya da özel yaşantıları ile ilgili konuları rahatça konuşabildiklerini, diğer öğretim elemanlarını bulmakta güçlük çektiklerini ya da onlarla iletişimde kendilerini rahat hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Öğrenci hemşirelerin büyük çoğunluğu (%92) yalnızca birkaç öğretim elemanının uygulama ortamlarında kendilerine soru sormaları, danışmaları ve tartışmaları için öğrencileri desteklediklerini belirtmişlerdir (6). Yüksekokul öğrencileri uygulama alanlarında çalışan ebeler/hemşireler ile yaşadıkları sorunların, ebelerin/hemşirelerin işbirliği içinde olmamaları, öğrencilere sorumlulukları dışında iş vermeleri, eğitici olmamaları, yeterli bilgiye sahip olmamaları,

iş merkezli çalışmaları gibi nedenlerden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Uygulama alanlarında öğrencilerin ekip tarafından benimsenmediği, öğrencilerle ekip üyeleri arasındaki iletişimin yetersiz olduğu, mesleğe ilişkin olumsuz ön yargıların öğrencilerin motivasyonunu etkilediği saptanmıştır (7).

Gürsoy ve arkadaşlarının ebelik eğitimcileri ile tıp öğrencilerinin ev ziyaretleri yaptığı bir eğitim programını değerlendirdiği çalışmada; tıp öğrencilerinin çoğu için ev ziyaretlerini organize etmek güç olmuştur ve bazı ev sahipleri tarafından öğrenciler reddedilmiştir (8).

Bu çalışma, ev ziyaretleri uygulamasına katılan Ebelik programı öğrencilerinin ev ziyaretlerinde karşılaştığı güçlükleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi kampüsünde yer alan Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümünde, Kasım – Aralık 2007 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmamızın evrenini Ebelik Bölümü 2.sınıf, 3.sınıf ve 4. sınıf öğrencilerinin tamamı oluşturmaktadır. 1. sınıf öğrencileri ev ziyaretleri uygulamasına katılmadığı için araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırmada 105 öğrenciye anket uygulanması planlanmış olup, 18 öğrenci o tarihte sınıfta bulunmadığı için araştırma kapsamına alınmamıştır. Değerlendirmeler 87 anket üzerinden yapılmıştır. Ebelik öğrencileri Doğum Öncesi 1 ve 2, Riskli Doğum ve Doğum Sonu Dönem derslerinde ev ziyaretleri uygulamasına katılmışlardır. Araştırma verileri araştırmacının kendisi tarafından hazırlanan 20 sorudan oluşan anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Ebelik öğrencilerinin sosyo – demografik özellikleri, ev ziyaretleri öncesinde hissettikleri duygular, ev ziyaretlerinde karşılaştığı güçlükler, öğrencilerin ev ziyaretleri uygulamasında karşılaştığı güçlüklerle ilgili önerilerini içeren anket formu araştırmacının kendisi tarafından öğrencilere uygulanmıştır.

Veriler SSPS 10.0 istatistik programında Ki-kare Testi ve Fisher Ki-kare Testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamındaki ebelik öğrencilerinin %85,1'inin eğitim sürelerinin 4. yılında olduğu, %57,5'inin bir ilde doğup büyüdüğü, %85,5'inin düz lise mezunu olduğu ve %94,3'ünün herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. İlk ev ziyaretini yapmadan önce öğrencilerin %78,2'si heyecan, %54,0'ü de korku ve yetersizlik hissettiğini ifade etmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin İlk Ev Ziyaretini Yapmadan Önce Hissettiği Duyguların Dağılımı

Hissedilen Duygular	Sayı n= 87	%
Heyecan	68	78,2
Korku	47	54,0
Yetersizlik hissi	47	54,0

*Birden fazla yanıtlar nedeniyle toplam sayı n' den fazladır.

Öğrencilerin %17,2'si ailelerin ziyareti reddettiğini, %39,1'i evin dağınık olması gibi uygunsuz durumlarda o an için ziyareti kabul etmediğini, %19,5'i de bilgisi olmayan ailelerin ziyarete olumsuz yaklaştığını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %47,1'i aile büyüklerinin ev ziyaretlerini uygun bulmadığını belirtmiştir (Tablo 2).

Öğrencilerin karşılaştıkları güçlüklerin başında adresi bulmada zorluk (%63,2), ailenin ziyareti kabul etmemesi (%47,1) ve çeşitli güvenlik sorunları (%19,5) gelmektedir (Tablo 3). Öğrencilerin %83,9'u ev ortamının ziyaret için uygun olmaması, misafir olması, çocukların engel teşkil etmesi gibi nedenlerin ziyaretleri olumsuz etkilediğini, %12,6'sı da kendisini öğretim için yetersiz bulduğunu belirtmiştir.

Tablo 2. Öğrencilere Göre, Ziyaret Yapılan Aile Tarafından Kabulü Etkileyen Faktörler

Kabulü Etkileyen Faktörler	Sayı** n= 87	%
Ailenin ziyaret için uygun olmaması*	34	31,0
Ailenin ziyareti reddetmesi	15	17,2
Aile büyüklerinin ziyareti reddetmesi	41	47,1
Ailenin bilgisi olmadığı için olumsuz yaklaşımı	17	19,5

*Evin dağınık olması, evde misafir olması gibi durumlar.

**Birden fazla yanıtlar nedeniyle toplam sayı n' den fazladır.

Öğrencilerin tamamına yakını, ilk ziyaretten sonraki ziyaretlerinde iletişim, öğretim, fizik muayene becerileri ve özgüvenlerinde artış olduğunu ve ev ziyaretleri uygulamasını yararlı bulduklarını ifade etmişlerdir.

Öğrencilerin %55,2'sinin ev ziyaretlerinde karşılaştığı sorunları çevresindeki insanlarla paylaştığı ve beraber çözüm yolları aradığı, %55,2'sinin kendisini yetersiz olduğu konularda geliştirdiği, %5,7'sinin karşılaştığı güçlüklerle baş etmek için hiçbir girişimde bulunmadığı görülmüştür. Ebelik öğrencilerinin ev ziyaretleri uygulamasında karşılaştığı güçlükleri daha çok dersin sorumlu öğretim elemanı (%48,3) ve arkadaşları ile (%39,1) paylaştıkları görülmüştür.

Öğrencilerin ziyaret öncesi duyguları, almış oldukları derslere, mezun oldukları lise türüne, yaşadıkları yerleşim yerlerine göre ve eğitim sürelerine göre farklılık göstermemektedir. ($p > 0,05$).

Tablo 3. Ebelik Öğrencilerinin Ev Ziyaretlerinde En Sık Karşılaştıkları Güçlükler

En Sık Karşılaşılan Güçlük	Sayı n= 87	%
Kabul edilmeme	41	47,1
Adresi bulmada zorluk	55	63,2
Güvenliği tehdit edecek durumlar	17	19,5
Aile ile iletişim kurmada zorluk	11	12,6
Ailenin ziyaretten beklentileri ile ebelik öğrencilerinin beklentilerinin aynı olmaması	12	13,8

*Birden fazla yanıtlar nedeniyle toplam sayı n' den fazladır.

Ev ziyaretinin amaçları, kişileri gerçek ortamında tanımak, sorunlarını saptamak, öncelikleri bireylerin katılımı ile gerçekçi bir biçimde belirlemek, bireylerin katılımı ile çözüm yolları aramak, bulmak ve uygulamaktır (1).

Ebeler ev ziyaretlerinde herhangi yeni bir durumla karşı karşıya geldiklerinde anksiyete seviyelerinin arttığını belirtmişlerdir. Bu ister ilk ev ziyareti olsun ister yeni bir aileye ilk ziyaret olsun benzer hislerin yaşandığını tecrübe etmişlerdir. Başlarından geçen olaylar arttıkça da anksiyete seviyelerinin azaldığını gözlemlemişlerdir (9). Çalışmamızda öğrenci ebeler ilk ev ziyaretini yapmadan önce heyecan, korku ve yetersizlik hissettiklerini ifade etmişlerdir. Pektaş ve Bilge'ye göre, Schreier ve Abramovitch'in çalışmasında, İsrail'de eğitim gören Amerikalı tıp öğrencilerinin kaygı ve stres düzeylerinin yüksek olduğunu, bu durumun öğrencilerin farklı kültürel çevrede eğitim almalarından kaynaklandığını belirtmişlerdir (10). Yapılan çalışmalarla paralellik gösteren çalışmamızda öğrencilerin farklı ortamlardan üniversite ortamına uyum sağlamaları ve aynı zamanda saha uygulamalarına katılmaları durumunda farklı insanlarla ve değişik olaylarla karşılaşmalarının endişe düzeylerini arttırdığı görülmektedir.

Ev ziyaretleri yapan öğrenci ebe farklı bir sosyal ortamda önemli sorumluluklar ve roller üstlenerek değişik yapıdaki birçok insanla iletişim kurmak zorunda kalmaktadır. Öğrenci ebelerin uygulama alanlarındaki sorumlu ebelerle işbirliği içinde olmaları gerekmektedir. Çalışma kapsamındaki öğrenci ebelerin tamamına yakını uygulama alanında çalışan sağlık personeli ile sorun yaşamadığını ifade etmiştir.

Ev ziyaretleri yönetiminde, hastane ortamından farklı olarak dikkati dağıtabilecek etmenler de bulunmaktadır. Televizyon, radyo, çocukların oyun oynaması ve gürültü yapması, evin dağınık olması ya da evde misafir olması gibi yoğun uyarıcılar ziyaretin etkililiğini azaltmaktadır

(2,3). Araştırmamızdaki öğrenci ebelerin %83,9'u ev ortamının öğretimi olumsuz etkilediğini, %12,6'sı da öğretim için kendisini yetersiz bulunduğunu belirtmiştir.

Ev ziyaretleri, ziyaretçi sağlık personelinin bağımsız olarak çalıştığı bir sağlık hizmetidir. Avantajları olmakla birlikte bazı sorunlar ve güçlüklerle de karşılaşma olasılığı yüksektir. Ziyaretler bireyin özel yaşantısını geçirdiği ev ortamında yapıldığı için ziyaretçi sağlık personelinde ve aile bireylerinde sınırlılık yaratabilir (2,3).

Yozgat'ta köydeki ebelerin yaşadığı güçlüklerin incelendiği bir çalışmada yer alan ebelere göre, hizmetin istenilen düzeyde götürülmesini etkileyen başlıca güçlükler olarak mesleki bilgi ve beceri yetersizliğini, malzeme yetersizliğini, ulaşım güçlüğü, mesleki bir sorunla karşılaşıldığında danışacakları bir kitap veya bir kişinin olmamasını, hizmet götürülen nüfusun çokluğunu, halktan ve ebenin ailesinden gelen sorunları belirtmişlerdir. Bu çalışmaya göre, ebelerin en fazla güçlük yaşadıkları alan doğum öncesi bakım (%100), en az güçle karşılaşılacak alan ise doğumdur (%62) (11). Seyhan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise, ebelerin %73'ü en az bir, %61'i iki ve üç zorluk belirtmiştir. Ebelerin birinci derecede belirttiği ilk üç zorluk; can güvenliği, ulaşım ve iş ortamı ve çevrede iletişim yetersizliğidir (12). Çalışmamızda; öğrenci ebeler ev ziyaretleri uygulamasında karşılaştıkları güçlüklerin en başında adresi bulmada zorluk (%63,2) geldiğini, yani en fazla ulaşım ile ilgili sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Öğrenci ebeler ziyaret yapılacak mahalle ya da sokağın uygulama alanından uzak olmasını, ziyaret yapılacak yer ile ilgili adres bilgilerinin tutulduğu kayıtların yetersizliğini sorun olarak belirtmişlerdir.

Ebe ve hemşirelerin mesleki sorunlarının incelendiği bir çalışmada ebelerin; %56,7'si fiziksel koşulların yetersizliği, %36,7'si güvenliğin olmaması, %26,7'si de iletişim

yetersizliği gibi sorunlarla karşılaştıklarını belirtmişlerdir (13). Öğrenci ebelerin %47,1'i aile büyüklerinin ziyareti uygun bulmadığını, %19,5'i de çeşitli güvenlik sorunları yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda öğrenci ebelere ev ziyaretlerinde karşılaştıkları güçlüklerle baş etme durumları sorulduğunda; %55,2'si karşılaştığı sorunları çevresindeki insanlarla paylaşarak beraber çözüm yolları aradığını ve kendisini yetersiz olduğu konularda geliştirdiğini, %5,7'si de güçlüklerle baş etmek için hiçbir girişimde bulunmadığını belirtmiştir. Öğrenci ebeler ev ziyaretleri uygulamasında karşılaştığı güçlükleri daha çok dersin sorumlu öğretim elemanı ile (%48,3) ve arkadaşları ile (%39,1) paylaştıklarını belirtmişlerdir.

Ev ziyaretleri öğrenci ebeler için teorik bilgilerini uygulamaya koyma, öğrencilikten profesyonelliğe geçme, profesyonel bilgi ve becerileri kullanma, geliştirme, karar verme, problem çözme, kişiler arası ilişki ve iletişim becerileri ile kişileri anlama yeteneklerinin gelişmesine olanak verir. Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin tamamına yakını ilk ziyaretten sonraki ziyaretlerinde iletişim, öğretim, fizik muayene, bakım uygulama becerilerinde ve özgüvenlerinde artış olduğunu ifade etmiştir.

Aileyle karşılıklı iletişimde bulunulması, ailenin kendi ortamında daha rahat olması, ailenin tüm bireylerinin bir bütün olarak gözlenmesi, aile üyelerinin birbirleri ile olan iletişimi yerinde izlenerek hizmetin amacına uygun planlanması, riskli durumların daha kolay saptanması ve çabuk değerlendirilerek daha gerçekçi planlar yapılması ev ziyaretlerinin yararlılığını ortaya koymaktadır (1,2,3,14-15). Öğrenci ebelerin %74,7'si ev ziyaretleri uygulamasını yararlı bulunduğunu ifade etmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

İlk ev ziyaretini yapmadan önce öğrenci ebelerin çoğunluğu (%78,2) heyecanlandığını ifade etmiştir. Öğrenci ebeler ev ziyaretleri uygulamasında en çok ev adreslerini bulmakta zorluk (%63,2), ailelerin ziyareti kabul etmemesi (%47,1) ve ev ortamının ziyaret için uygun olmaması (%83,9) durumlarında güçlük yaşadıkları anlaşılmaktadır. Ebelik öğrencilerinin ev ziyaretleri uygulamasında karşılaştığı güçlükleri daha çok dersin sorumlu öğretim elemanı (%48,3) ve arkadaşları ile (%39,1) paylaştıkları görülmüştür.

Karşılaştıkları güçlükler rağmen yine de öğrenci ebelerin çoğunluğu ev ziyaretleri uygulamasını yararlı bulduklarını ve iletişim, öğretim, fizik muayene, bakım uygulama becerileri ve özgüvenlerinde artış olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerimizi şöyle sıralayabiliriz:

Ziyaret yapılacak bölgeden sorumlu sağlık personeli tarafından ziyareti planlayan öğrencilere bölgenin yapısı anlatılmalı ve aileler ile tanıştırılmaları sağlanmalıdır. Bu durum hem öğrencilerin adresleri daha kolay bulmasını hem de ailelerin ziyareti kabul etmesini arttırabilir.

Ev ziyareti uygulamaları yapılan okullarda bu konu ile ilgili bilgiler daha kapsamlı anlatılmalı, öğrencilerin ev ziyaretlerinde karşılaşacağı güçlükler ile ilgili ve mezun olduktan sonra çalışacakları saha ile ilgili danışmanlık yapılmalıdır.

Ev ziyaretlerinin nitelik ve nicelik yönünden amacına ulaşması için öğrenciler ile beraber bölgeden sorumlu sağlık personellerinin ya da öğretim elemanlarının katılımı sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Öztekin Z, Kubilay G. Toplum Sağlığı ve Hemşireliği, Somgür Yayıncılık, Ankara-1995. ss: 184 – 200.
2. Lundy KS, Janes S. Community Health Nursing: Caring For The Public's Health, Jones and Bartlett Publishers, ISBN: 0-7637-0706-6, 2001- Massachusetts. pp: 882-911.
3. Lundy K S, Janes S. Essentials Of Community-Based Nursing, Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts-2003.
4. Yıldırım G. Ebe ve Hemşireler İçin Uygulama Becerileri Öğrenim Rehberi, C.Ü. Yayınları, No:99, Sivas-2005.
5. Gölbaşı Z. Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri ve Hemşirelik, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2003; 7(2):15-22.
6. Cimete G. Öğrenci Öğretim Elemanı Etkileşimine Yönelik Kalitatif Bir Çalışma, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,1998; 2: 9-17.
7. Keser İK, Çalışkan M, Keskin TZ, Gördebil E. Ebelik ve Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Okul-Hastane İşbirliğine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008, 11(4):1-9.
8. Gürsoy Ş T, Öcek Z A, Çiçeklioğlu M, Aksu F, Soyer M T, Evaluation Of An Educational Programme In Ege University, Turkey: Medical Student's Home Visits With Midwife Preceptors, Midwifery, 2008, 24, 226-237.
9. Burgess W, Ragland EC. Community Health Nursing; The Home Visit, Appleton Century Crofts, ISBN: 0-8385-1181-3, Connecticut-1983. pp: 307-319.
10. Pektaş İ, Bilge A, Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Problem Alanlarının Belirlenmesi, İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2007, Sayı:8, 83–98.
11. Seviğ, EÜ. Doktora Tezi ; “Ebenin Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerini Etkileyen Faktörler, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Nimet Karataş. Ankara – 1981.
12. Seyhan L, Deveci B, Baydur H, Kuşçu E, Ertekin E. Ebelerde Çalışma Yaşantısı ve İş Doyumunun Değerlendirilmesi, Manisa Sağlık Müdürlüğü 2003 Yılı İstatistik Yıllığı Araştırma Çalışmaları. 15 (2): 111- 117.
13. Aslankoç R, Öztürk M, Yıldırım NG. Ebe ve Hemşirelerin Mesleki Sorunları ve Anksiyete İle İlişkisi, SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2001; 8(2): 12-20.
14. Erefe İ (ed.), Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul-1998. ss: 126-135.
15. Güçhan N (ed.), Tuncel N, Şanlı T, Perk M, Toplum Sağlığı Hemşireliğinde Ev Ziyareti Tekniği, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Kitabı, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir-1992. ss: 84-89.
16. Özdamar K, SPSS ile Biyoistatistik, Kaan Kitabevi, 5. Baskı, Eskişehir-2003. ss:99-130.

DİSMENORENİN OKUL PERFORMANSINA ETKİSİ

THE EFFECTS OF DYSMENORRHEA ON SCHOOL PERFORMANCE

Figen ALP YILMAZ¹, Mürüvvet BAŞER²

ÖZET

Bu çalışma dismenore sıklığı ve dismenorenin okul performansına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya bir sağlık yüksekokulunun hemşirelik bölümünde okuyan 209 kız öğrenciden 192'si katılmıştır. Çalışma tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Veriler Dismenore Tanılama Formu, Visuel Analog Skala ve Sözel Kategori Ölçeği ile yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır.

Çalışma grubunun %78,6'sının dismenore yaşadığı, %19,8'sinin dismenore nedeniyle ilaç aldığı ve %68,8'inin dismenore nedeniyle ders çalışmadığı belirlenmiştir. Ağrıyı dayanılmaz ve şiddetli yaşayanların okul performansının daha fazla etkilendiği ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Dismenorenin şiddeti artıkça okula gitme ve ders çalışmanın daha fazla etkilendiği belirlenmiştir.

Bu çalışmada dismenorenin yüksek oranda yaşandığı ve dismenorenin okul performansının negatif etkilediği belirlenmiştir. Bu yüzden dismenore sorunu yaşayan gençlere dismenorenin sebepleri ve etkili tedavi yöntemleri hakkında bilgi verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Dismenore, Öğrenci, Okul Performansı

ABSTRAT

This study was conducted to determine the prevalence of dysmenorrhea and the effect of dysmenorrhea on school performance. Out of a total of 209 nursing students at a Health College, 192 participated in the study. The study was carried out as descriptive and cross-sectional. The data were gathered by means of Dysmenorrhea Diagnosis Form, visual analog scale (VAS), verbal category scale, and face-to-face interviews with the participants. It was found out that 78.6% of the participants suffered from dysmenorrhea, 68.8 % were unable to study due to dysmenorrhea, and 19.8 % took medication against it. The findings also indicated that the school performance of those who suffered from severe pain were more adversely affected and that there was a statistical difference between the groups ($p<0.001$). It has been determined that as the severity of dysmenorrhoea increases, going to school and studying are much more affected.

This study demonstrated that dysmenorrhea is quite prevalent and it negatively affects the school performance. So young people who have dysmenorrhea problems should be informed about causes of dysmenorrhea and effective methods of treatment.

Keywords: Dysmenorrhea, Student, School Performance

¹Yardımcı Doçent Doktor, Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

²Profesör Doktor, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Menstruasyon adölesan dönemde başlayan normal fizyolojik bir süreçtir. Menstruasyon sırasında ya da öncesinde amenore, anormal uterus kanamaları, premenstrual sendrom (PMS) gibi bir takım yakınma ve rahatsızlıklar görülebilmektedir (1). Bu rahatsızlıklar içerisinde en önemli olanı ve yaygın olarak görülen sorunlardan birisi dismenore'dir (2-4). Adölesanların %59,2'si ile %100'ünün dismenore yaşadığı belirtilmektedir (5,6). Dismenore primer ve sekonder olarak sınıflanmakta olup adölesanlarda en sık primer dismenore görülmektedir (7). Primer dismenorede ağrı alt abdominal bölgede aralıklı gelen kramp şeklindedir. Lokalize olduğu gibi sırta, bele, kasıklara ve vulvaya yayılabilir (8). Primer dismenore de ağrı prostaglandin (PG) miktarının artması ve buna bağlı olarak uterus kaslarında kontraksiyon şiddetinin artmasıyla karakterizedir (9). Belirtiler 6-72 saat sürmekte ve belirtilere terleme, baş ağrısı, konsantrasyonda azalma, bayılma, iştah kaybı, ishal ve yorgunluk gibi semptomlar da eşlik etmektedir (10).

Okul döneminde yaşanan dismenorenin özellikle okula devam etmeme, akademik performans, spor aktivitelerine katılım ve akranlar ile ilişkilerde azalmaya neden olduğu belirlenmiştir (11). Banikarım ve arkadaşlarının (12) çalışmasında dismenore yaşayan adölesanların %46'sının yarım ya da bir gün, %36'sının iki ile üç gün arasında

%18'sinin de dört gün ve daha fazla devamsızlık yaptıkları belirlenmiştir. Dismenorenin okul performansına etkisi ile ilgili yapılan bir çalışmada dismenore yaşayanların okul performansları ve konsantrasyonlarının düşük olduğu saptanmıştır (13).

Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinde dismenore sıklığı ve dismenorenin okul performansına etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL METOT

Tanımlayıcı olarak yapılan çalışma İç Anadolu Bölgesinde yer alan bir Üniversitenin Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümünde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeden evrenin tamamına (209 Kişi) ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak çalışmaya 192 (%91,9) kız öğrenci katılmayı kabul etmiştir.

Veriler Dismenore Tanılama Formu (DTF), Visuel Analog Skala (VAS) ve Sözel Kategori Ölçeği (SKÖ) ile toplanmıştır. DTF öğrencilerin bazı tanımlayıcı özellikleri ile dismenore varlığını saptamak için araştırmacı tarafından literatür (2-5, 14, 15) taranarak hazırlanmıştır. DTF'de öğrencilerin yaşı, medeni durumu, kronik hastalık ve alerjileri, jinekolojik ve obstetrik öyküleri, kontraseptif yöntem kullanma durumları, menstrüel özellikler ve menstruasyon sorunları, dismenore şiddeti ve dismenore nedeniyle okul başarısı ile ilgili sorular yer almaktadır.

Dismenorenin şiddeti VAS ile ölçülmüştür. VAS subjektif olarak algılanan ağrıyı ölçmek için kullanılmaktadır. Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan, ağrının yoğunluğunu niceliksel olarak belirlemek için en sık kullanılan 0-10 cm'lik veya 0-100 arasında sayıların yer aldığı cetvelde "0" ağrısızlığı, "10" yada "100" ise en şiddetli ağrıyı tanımlamaktadır (15). Birey/hasta kendi ağrısını cetvel üzerinde işaretlemektedir. İşaretlenen bu çizgi ağrı algısı düzeyini belirlemede sayısal veri olarak kullanılmaktadır. Kolay anlaşılır bir ölçektir. VAS primer dismenorenin şiddetini değerlendirmek için yapılan çalışmalarda kullanılmış, güvenilir ve geçerli olduğu bulunmuştur (14, 16, 17). Bu çalışmada öğrencilerin yaşadığı dismenorenin şiddetini VAS üzerinde işaretlemeleri istenmiştir.

Sözel kategori ölçeği basit tanımlayıcı ölçek olarak da adlandırılmakta olup, bu ölçek hastanın ağrı durumunu tanımlayabileceği en uygun kelimeyi seçmesine dayanır. Ağrı şiddeti hafiften

dayanılmaz dereceye kadar sıralanır. Hastadan bu kategorilerden durumuna uygun olanı seçmesi istenir (16). Bu çalışmada öğrencilerin yaşadığı ağrının şiddetini SKÖ üzerinde işaretlemeleri istenmiştir. Verilerin toplanması 25 dakika sürmüştür.

Etik kurul onayı ve araştırmanın uygulama izinlerinin alınmasından sonra, araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında öğrencilere bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1’de öğrencilerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin % 61,4’ünün 1. veya 2. sınıfta öğrenim gördüğü, % 95,3’ünün herhangi bir hastalığı olmadığı ve %12,0’ının ise jinekolojik bir hastalığı olduğu bulunmuştur.

Öğrencilerin yaş ortalaması 19,7±1,4, menstruasyon görme sıklığı ortalaması 29,1±7,8 ve menstruasyon süresi ortalaması ise 5,7±1,2 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n= 192)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Sınıf		
1.sınıf	59	30,7
2.sınıf	59	30,7
3.sınıf	43	22,4
4.sınıf	31	16,2
Herhangi bir hastalığa sahip olma durumu		
Olan	9	4,7
Olmayan	183	95,3
Jinekolojik bir hastalığa sahip olma* (over kisti, enfeksiyon)		
Olan	23	12,0
Olmayan	169	88,0
Ruhsal bir hastalığa sahip olma (Depresyon, panik atak vb.)		
Olan	3	1,6
Olmayan	189	98,4
Kontrasepsiyon dışı aile planlaması yöntemi kullanma		
Kullanan	16	8,3
Kullanmayan	176	91,7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiş ve yüzdeler “n” üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 2. Öğrencilerin Dismenore Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Dismenore varlığı		
Var	151	78,6
Yok	41	21,4
Ağrı tanımı*		
Hafif	12	7,9
Rahatsız edici	22	14,6
Şiddetli	38	25,1
Çok şiddetli	44	29,1
Dayanılmaz	35	23,1
Dismenore şiddeti (X±SD)	6,3±2,3	
Dismenore nedeniyle ağrı kesici ilaç alma durumu*		
Alan	30	19,8
Almayan	121	80,2
Dismenore şikayeti ile doktora başvurma*		
Başvuran	52	34,4
Başvurmayan	99	65,6
Dismenorenin okula gitmeyi etkilemesi*		
Etkilenen	80	52,9
Etkilenmeyen	71	47,1
Dismenorenin ders çalışmayı engellemesi*		
Etkilenen	104	68,8
Etkilenmeyen	47	31,1

* n= 151

Tablo 2’de kız öğrencilerin dismenoreye ilişkin özellikleri yer almaktadır. Öğrencilerin %78,6’sının dismenoresinin olduğu belirlenmiştir. Dismenoresi olan öğrencilerin ağrı şiddetinin 6 olduğu ve bu öğrencilerin %22,9’unun çok şiddetli ağrı yaşadığı saptanmıştır. Dismenore nedeniyle %41,7’sinin okula gidemediği ve %51,6’sının ders çalışmadığı öğrenilmiştir.

Dismenore özellikle adölesanları ve genç kadınları menstrual periyotta negatif etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Dismenorenin görülme sıklığına yönelik gerek ülkemizde gerekse yurt dışında pek çok çalışma yapılmıştır (2-6,19-26). Yurt dışında yapılan çalışmalara katılan kadınların büyük çoğunluğunda (%48,4-%100) dismenore yaşandığı bulunmuştur (2,4,21-22). Ülkemizde de benzer sonuçlar elde edilmiş olup, dismenore görülme sıklığının %55,5 ile %85,7 arasında değiştiği saptanmıştır (5,13,19,22,27). Yapılan bu çalışmada da kız öğrencilerin %78,6’sının dismenore yaşadığı belirlenmiştir.

Çalışmada dismenorenin şiddetinin 5'ten büyük (6,3) olduğu belirlenmiştir. Ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar bulunmuştur (28-30). Bununla birlikte Goldstein 'nın çalışmasında VAS değeri bizim çalışmamızdan daha yüksek bulunmuştur (31).

Yapılan bu çalışmada dismenore yaşayanların büyük çoğunluğunun ağrıyı şiddetli ve dayanılmaz şekilde yaşadığı ifade edilmiştir. Özerdoğan ve ark. üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada dismenore yaşayanlarının neredeyse tamamına yakının ağrıyı şiddetli ve dayanılmaz yaşadıklarını tanımlarken, Potur ve ark. yaptığı çalışmada bu oranın %80 olduğu belirlenmiştir.

Birçok kadında görülen dismenore ile ilgili semptomlar normal kabul edilmekte ve bu konuda doktora başvurulmamaktadır (9). Dismenore de ilaç kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda dismenorede ağrı kesici ilaç kullanımının %42 ile %71 arasında değiştiği belirlenmiştir (23,24,28). Bu çalışmada da dismenore nedeniyle ilaç kullanım oranının ilaç kullanma (%20) ve doktora başvurma oranının az (%34) olduğu belirlenmiştir. Mısır, Hindistan ve Nijerya'da yapılan çalışmalarda dismenore nedeniyle doktora gitme oranının düşük olduğu belirlenmiştir (4,32,33). Ülkemizin sosyal ve kültürel değerleri nedeniyle dismenore yaşayan adölesanların bekar olmaları nedeniyle doktora gitmedikleri düşünülebilir.

Tablo 3. Öğrencilerde Dismenore Şiddetinin Okul Performansına Etkisi

Okul performansı	Dismenore Şiddeti						x ²	P
	Rahatsız edici		Şiddetli		Dayanılmaz			
Okula gitmeyi	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Etkiliyor	4	11,8	46	56,1	30	85,7	38,56	< 0,001
Etkilemiyor	30	88,2	36	43,9	5	14,3		
Ders çalışmayı								
Etkiliyor	8	23,5	63	76,8	33	94,3	45,57	< 0,001
Etkilemiyor	26	76,5	19	23,2	2	5,7		

Tablo 3'te öğrencilerin dismenore şiddeti ve okul performansına etkisinin karşılaştırması yer almaktadır. Dismenoreyi dayanılmaz yaşayanlarda (%85,7) okula gitme ve ders çalışmanın daha çok etkilendiği ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,001). Dismenore adölesanlarda okul hayatını ve konsantrasyonunu etkilemektedir. Önceki çalışmalarda dismenore nedeniyle devamsızlık yapma oranının yüksek olduğu görülmektedir (5,12). Yapılan çalışmalarda özellikle dayanılmaz ve şiddetli dismenoresi olanların okula gidemediği ve ders çalışmanın olumsuz etkilendiği bulunmuştur (24,34). Yaptığımız bu çalışmada kızların yarıdan çoğunun dismenore nedeniyle okula gidemediği, ders çalışmadığı ve ağrı şiddeti fazla olanların okula gitme ve ders

çalışmalarının daha çok etkilendiği belirlenmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada öğrencilerde dismenore görülme oranının oldukça yüksek olduğu (%78,6) ancak hekime başvurma oranının az olduğu (%34,4) belirlenmiştir. Dismenoreyi dayanılmaz yaşayanların okul performansının daha fazla etkilendiği belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda kız öğrencilere okullarda dismenore ve dismenore ile baş etme yöntemleri konusunda eğitim verilmeli. Dismenore sorunu yaşayanlar okul performansına etkisinin azaltılması için dismenore ile baş etme konusunda sağlık profesyonellerinden yardım almasının sağlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Slap G. Menstrual disorders in adolescence. Best Practice Research Clinical Obstetrics. Gynaecology 2004; 17(1): 75-92.
2. Ortiz M. Primary dysmenorrhea among Mexican university students: prevalence, impact and treatment. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2010; 152: 73-77.
3. Sule ST, Ukwenya JE. Menstrual experiences of adolescents in a secondary school. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2007; 8(1): 7-14.
4. El-Gilany AH, Badawi K, El-Fedawy S. Epidemiology of dysmenorrhoea among adolescent students in Mansoura, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2005; 11, (1/2): 155-163.
5. Erenel Şentürk A. Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin dismenore yaşama durumları ve dismenore ile başetmeye yönelik uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007;14(2):48-60.
6. Bano R, AlShammari E, Aldeabani. HKS. Study of the prevalence and severity of dysmenorrhea among the university students of Hail City. *International Journal of Health Sciences & Research* 2013; 3(10): 15-22.
7. Cunningham S, Tan D. Dysmenorrhoea and acupuncture: a review of the literature. *Nursing Standard* 2011; 24(44): 39-47.
8. Taskın L. Üreme siklusu anomalileri. İçinde: Taskın L. editör. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. X. baskı. Ankara: SistemOfsetMatbaacılık; 2011; 623-625.
9. Zahradnik HP, Beck AH, Groth K. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and hormonal contraceptives for pain relief from dysmenorrhea: a review. *Contraception* 2010; 81:185-196.
10. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: etiology and management. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006; 19: 363-371.
11. Mazza D. Primary dysmenorrhea. *Women's Health Medicine* 2006; 3(5): 207-210
12. Banikarim C, Chacko MR, Kelder SH. Prevalence and impact of dysmenorrhea on Hispanic female adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 1226-1229.
13. Eryılmaz G, Özdemir F, Pasinlioğlu T. Dysmenorrhea prevalence among adolescents in eastern Turkey: It effects on school performance and relationship with family and friends *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010; 23:267-272.
14. Ajorpaz NM, Hajbaghery MA, Mosaebi F. The effects of acupressure on primary dysmenorrhea: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2011; 17: 33-36.
15. Wong CL, Lai KY, Tse HM. Effects of SP6 acupressure on pain and menstrual distress in young women with dysmenorrhea. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2010; 16: 64-69.
16. Aslan FE. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002; 6(1): 9-16.
17. Valiani M, Babaei E, Hesmat R, Zare Z. Comparing the effects of reflexology methods and ibuprofen administration on dysmenorrhea in female student of Isfahan University of Medical Sciences. *IJNMR* 2010; 15(Special Issue): 371-378.
18. O'Connell K, Davis RA, Westhoff C. Self treatment patterns among adolescent girls with dysmenorrhea. *Pediatr Adolesc Gynecol* 2006; 19:285-289.
19. Seven M, Guvenç G, Akyuz A, Eski F. Nursing student sevaluating dysmenorrhea in a sample of *Turkish, Pain Management Nursing*, 2013; 1-8.
20. Bata M.S. Age at menarche, menstrual patterns, and menstrual characteristics in Jordanian adolescent girls. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2012; 119: 281-283.
21. Gagaa T, Tkeshelashvili B, Gagaa D, Primary Dysmenorrhea: prevalence in adolescent population of Tbilisi, Georgia and risk factors. *Turkish German Gynecol. Assoc*, 2012; 13:162-168.
22. Ortiz MI, Flores ER, Alarcon LC, Godoy HV, Prevalence and impact primary dysmenorrhea among Mexian high school student. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* ,2009; 107:240-243.
23. Polat A, Celik H, Gurates B, Kaya D, Nalbant M, Kavak E, Hanay F. Prevalence of primary dysmenorrhea in young adult female university students. *Arch Gynecol Obstet*.2009; 279(4): 527-532.
24. Çakır M, Mungan D, Karakaş T, Girişken D, Ökten a. Menstrual pattern and common menstrual disorders among universty student in Turkey. *Pediatr Int*.2007;49(6):938-4
25. Öztürk S, Tanrıverdi D. Premenstrual sendrom ve başetme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 13(3): 57-61.
26. Kısa S, Zeyneloğlu S, Güler N. Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;1(4):284-297
27. Kırcahan N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H. Hemşirelik öğrencilerinde premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012; 13 (1): 19-25.
28. Özerdoğan N, Sayiner N, Ayrancı U, Unsal A, Giray S. Prevalence and predictor of dysmenorrhea among student at a university in Turkey. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2010;107(1):39-43.
29. Potur DÇ, Bilgin NC, Kömürçü N. Prevalence of dysmenorrhea in universty student in Turkey: effects on daily activities and evaluation different pain management methods . *Pain Management Nursing* 2013;1-10.
30. Polat A, Celik H, Gurates B, Kaya D, Nalbant M, Kavak E, Hanay F. Prevalence of primary dysmenorrhea in young adult female university students. *Arch Gynecol Obstet*.2009; 279(4):527-532.
31. Goldstein-Ferber S, Granot M. The association between somatization and perceived ability: roles in dysmenorrhea among Israeli Arab adolescents. *Psychosom Med* 2006; 68(1):136-42.
32. Nwankwo TO, Aniebue UU, Aniebue PN. Menstrual disorders in adolescent school girls in Enugu, Nigeria. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010; 23:358-63.
33. Agrawal AK, Agrawal A. A study of dysmenorrhea during menstruation in adolescent girls. *Indian J Community Med* 2010; 35:59-164.
34. Liliwati I, Verna LKM, Kharairani O. Dysmenorrhea and its effects on school activities among adolescent girls in a rural school in Selangor Malaysia. *Med&Health* 2007; 2(1):42-47.

HEMŞİRELERİN VE EBELERİN MANEVİ BAKIMA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ*

VIEWS OF NURSES AND MIDWIVES ON SPIRITUAL CARE¹

İlknur Münevver GÖNENÇ², Gülcihan Akkuzu³, Rukiye DURDUN ALTIN⁴, Perran MÖROY⁵

ÖZET

Çalışma, kadın sağlığı ile ilgili alanlarda çalışan ebe ve hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma Ankara’da yer alan bir kadın sağlığı eğitim ve araştırma hastanesinde ve aynı ilde yer alan bir üniversitenin kadın doğum servislerinde yürütülmüştür. Örneklem kapsamına toplam 239 hemşire ve ebe alınmıştır. Çalışmanın verileri bir anket formu ve “Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBÖ)” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde bir bilgisayar programı kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde önemlilik düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmış, tanımlayıcı istatistikler, t testi ve khi-kare önemlilik testi kullanılmıştır. Çalışmada bireylerin %45,2’si 25-34 yaş grubunda, %70,3’ü yükseköğretim mezunu, %50,2’u hemşire, %49,8’i ebelerdir. Hemşirelerin %51,3’ü, ebelerin ise %48,7’si manevi bakım kavramını daha önce duymuş olduğunu, % 38,4’ü onkoloji hastalarının, %31,3’ü tüm hastaların manevi bakıma ihtiyacı olabileceğini belirtmiştir. Çalışmada tüm örneklemde MMBÖ puan ortalaması $47,71 \pm 4,93$ ’dur. Çalışmada yaş, eğitim düzeyi, meslek, meslekte toplam çalışma yılı, meslekte en uzun süre çalışılan alan, manevi bakım kavramını önceden duymuş olma durumu ile manevi bakıma puan ortalaması arasında ilişkinin istatistik açıdan önemsiz olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre; kadın sağlığı alanında çalışan hemşire ve ebelerin çoğunluğunun manevi bakıma yönelik bilgi ve uygulamalarının geliştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Maneviyat, Bakım, Hemşirelik, Ebelik

ABSTRACT

The aim of this descriptive study was to determine the opinions regarding spiritual care of midwives and nurses working in female healthcare fields. The study conducted in a women health and education research hospital and obstetrics wards of a university in Ankara. The samples of the research are 239 nurses and midwives. The data were collected using a survey form and “The Spirituality and Spiritual Care Rating Scale”. A statistical programme was used assessment of the data. The level of significance in statistical analysis was $p < 0.05$ and descriptive statistics, t test and chi-square test was used in the analysis of the data. In this study, 45.2% of participant in the 25-34 age group, 70.3% of university graduates, 50.2% of nurses and 49.8% midwifery. 64.2% of the nurses and 61.3% of midwives indicated that they heard the concept spiritual care at research, 38.4% of participant stated that oncology patients, 31.3% all patients would be need of spiritual care ($p > 0.05$). The average score of the participant in the spirituality and spiritual care grading scale was found as 47.71 ± 4.93 . The spiritual care scale score was not influenced by whether the age, education, profession, the total years of employment, current employment field, and whether heard the concept spiritual care previously ($p > 0.05$). According to the results, should be developed that is spiritual dimension of care knowledge and practices of nurses and midwives working in women health fields.

Keywords: Spirituality, Care, Nursing, Midwifery

¹1st International Congress on Nursing Education, Research & Practice kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

²Yardımcı Doçent Doktor, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

³Doçent Doktor, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

⁴Ebe, ZTB Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

⁵Op.Dr., ZTB Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Bireyin biyolojik gereksinimleri ile psikososyal gereksinimleri arasında sürekli bir etkileşim vardır. Fiziksel olarak oluşan bir problem, sosyal ve psikolojik alanı da etkileyebilmekte, duygusal-ruhsal alandaki etkilenmeler ise fiziksel olarak bazı patolojik değişimler yaratabilmektedir. Bu nedenle insan değerlendirilirken holistik bir yaklaşımla fiziksel, sosyal, emosyonel, ekonomik, kültürel ve manevi boyutları ile ele alınması gerekmektedir (1, 2, 3).

Maneviyat, kişinin ilişkilerini, evrendeki yerini, yasamı ve ölümü anlama ve kabul etme çabası olup yaşam boyu var olan bir alandır. Maneviyatın temelini bireyin anlamlı kıldığı ve yaşama amacı olarak belirlediği unsurlar oluşturmaktadır (4, 5). Maneviyat, sağlık hastalık kavramlarını etkilemekte, bireylerin iyilik halinde ve yaşam kalitesinde belirleyici bir etken olmaktadır (3, 6, 7). Ayrıca maneviyat, bireyin önemli krizlerde baş etme yeteneğini etkilemekte, yaşama umudunu ve hastalığından anlam bulma yeteneğini artırmaktadır (8). Kadın sağlığı açısından değerlendirildiğinde jinekoloji, onkoloji ve obstetri alanında kadınlar ve aileleri pek çok krizle yüz yüze kalmaktadır. Bu krizlere; ergenlik, anne-baba olma ya da olamama, histerektomi, menopo, jinekolojik onkoloji hastaları için kanser tanısı alma gibi pek çok örnek verilebilir. Bu nedenle bu alanlarda çalışan hemşire ve ebelerin bakım hizmeti verdikleri grupları değerlendirirken manevi gereksinimlerini göz önünde bulundurması gerekmektedir.

Manevi gereksinimlerin karşılanması hemşirelik ve ebelik hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Fakat yapılan çalışmalarda, hemşirelerin ve ebelerin hastaların manevi gereksinimlerini yeterli düzeyde karşılayamadıkları ve bu gereksinimi gözardı ettikleri ortaya konmaktadır (3, 9, 10, 11). Bu nedenle kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin ve ebelerin manevi bakıma ilişkin görüşlerinin belirlenmesinin, bu alanda farkındalık oluşturacağı, olumsuz

görüşlerin olumluları ile değiştirilmesi ve olumlu görüşlerin pekiştirilmesi konusunda fırsat yaratacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

MATERYAL VE METOT

Çalışma tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu çalışmanın evrenini, bir üniversitenin kadın doğum servislerinde ve bir doğumevinde çalışan 284 ebe ve hemşire oluşturmuştur. Fiilen çalışmakta olan, izinli, raporlu ya da eğitim nedeniyle kurum dışı görevlendirmede olanlar dışında araştırmaya katılmayı kabul eden hemşire ve ebeler çalışma kapsamına alınmış olup toplam 239 hemşire ve ebe ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmanın başlangıcında katılımcıların onamları alınmış, veri toplama araçları tanıtılmıştır. Anket formlarındaki soruların cevaplanması ve ölçeğin doldurulması kendilerinden istenmiştir. Veriler, tanıtıcı bilgi formu ve “Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBÖ)” kullanılarak toplanmıştır. MMBÖ, McSherry, Draper ve Kendric (2002) tarafından geliştirilmiştir. Spirualite ve spirutual bakım kavramlarının algılanma düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. On yedi maddeden oluşan ölçeğin, maneviyat ve manevi bakım, dinsel ve bireysel bakım alt boyutları bulunmaktadır. Ölçekte kesinlikle katılmıyorum “1” den “tamamen katılıyorum” “5” e doğru beşli likert tipi bir değerlendirme bulunmaktadır. Ölçeğin 1-13 maddelerinde ifadeler düz, 14-17 maddelerinde ise tersten ifadeler yer almaktadır. Ölçek, toplam puan ortalaması üzerinden değerlendirilmektedir. MMBÖ puan ortalamasının beş puana yaklaşması maneviyat ve manevi bakımın algılanma düzeyinin arttığını ortaya koymaktadır (12). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergül, Bayık Temel (2007) tarafından yapılmış ve Cronbach α katsayısı 0.76 olarak saptanmıştır (13). Ölçeğin bu çalışma kapsamında Cronbach α değeri ise 0,72’dir.

Soru formunun anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini belirlemek için 10 kişi (5 ebe 5 hemşire) ile ön uygulama yapılmış ve ön uygulama sonrasında veri toplama formlarında herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Katılımcıların veri toplama formunu doldurmaları yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

Verilerin değerlendirilmesi bir bilgisayar programı aracılığıyla yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, t testi ve khi-kare önemlilik testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde önemlilik düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamındaki bireylerin %45,2'si 25-34 yaş grubunda, %70,3'ü yükseköğretim mezunu, %50,2'u hemşire, %49,8' ebedir. Katılımcıların %88,7'sinin en uzun süre yaşadıkları yerleşim birimi il merkezi, %11,3'ünün ilçe merkezidir. Hemşirelerin %51,3'ü, ebelerin ise %48,7'si manevi bakım kavramını daha önce duymuş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ($p > 0,05$). Ayrıca maneviyat kavramını duyduğunu ifade edenlerin %69,3'ü üniversite mezunu, %91,3'ünün en uzun yaşadığı yerleşim birimi il olup, %66,7'si serviste çalıştığını ve %44,9'u en uzun çalıştığı alanın perinatoloji olduğunu belirtmiştir. Manevi bakım kavramını hakkında bilgi kaynakları incelendiğinde, duyanların %29,3'ü bu kavramı hemşirelik ya da ebelik eğitimleri sırasında konu olarak işlediklerini ve klinikte tartıştıklarını, %19,2'si nereden duyduğunu hatırlamadığını, %10,5'i ise bu kavramın geçtiği kurs ya da seminere katıldıklarını ifade etmiştir. Hangi grup hastanın manevi bakıma ihtiyacı olur sorusuna cevap veren katılımcıların % 38,4'ü onkoloji hastalarının, %31,3'ü tüm hastaların, % 11,1'i psikolojik gereksinimi olan hastaların, %10,1'i ise ebelerin cevabını vermiştir.

Çalışmada tüm örneklemde MMBÖ puan ortalaması $47,71 \pm 4,93$, maneviyat ve manevi bakım alt ölçeği puan ortalaması $16,54 \pm 3,33$,

dinsellik ve bireysel bakım alt ölçek puan ortalamaları ise sırasıyla $13,04 \pm 2,21$ ve $6,63 \pm 1,99$ 'dur (Tablo 1).

Tablo 1. MMBÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçek ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Min-Max	Ort.±SS
Maneviyat ve manevi bakım	7	11-28	16.54±3.33
Dinsellik	4	7-19	13.04±2.21
Bireysel Bakım	4	3-13	6.63±1.99
Toplam MMBÖ	15	33-62	47.71±4.93

Maneviyat tüm insanlar için temel gereksinimler arasındadır. Bu nedenle hemşirenin ve ebelerin spiritüel gereksinimler konusundaki farkındalıklarının, bilgi, beceri ve uygulamalarının profesyonel bir seviyede olması gerekmektedir (14, 15). Holistik bakımın parçası olarak bireyin manevi boyutuna ilişkin bakım verilmesi hemşirenin ve ebelerin rol ve sorumlulukları arasındadır (4). Maneviyat, bakımın önemli bir parçası olmasına rağmen, çalışma sonuçlarımız yaklaşık her 10 katılımcıdan 4'ün bu kavramı daha önce duymadığını, 10 katılımcıdan yaklaşık 3'ünün tüm bireylerin manevi bakıma ihtiyacı olabileceğini düşündüğü ve maneviyat puan ortalamalarının istendik düzeyde olmadığını göstermektedir. Akgün-Kostak ve arkadaşları yaptıkları çalışmada (2010) hemşire ve ebelerin yarıdan fazlasının (%62,7) manevi bakım kavramını duydukları ancak çok az kısmının (%15,5) bu konuda bilgi aldığı ve hastalarına manevi bakım verdikleri (%29,1) belirlenmiştir (16). Yapılan çalışmalarda, hastaların manevi gereksinimleri konusunda hemşirelerin farkındalıklarının düşük olduğu, manevi bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin istendik düzeyde olmadığı, bakım planını oluşturmada maneviyata ilişkin donanımının yetersiz olduğu vurgulanmıştır (3, 9, 10, 11). Ayrıca hemşirelerin mesleki eğitimleri sürecinde maneviyat kavramının kapsamlı olarak tartışılmadığı ve manevi boyutu değerlendirebilmek için yeterli eğitim almadıkları ortaya konmuştur. Bunun sonucu olarak da hemşirelerin bu konuda kendilerine

güvenmede yetersizlik yaşayabilecekleri belirtilmektedir (18). Bu nedenle hemşirelerin ve ebelerin mezuniyet öncesi ve sonrasında yapılacak teorik ve pratik eğitimlerle maneviyat ve manevi bakım kavramları konusunda eğitim gereksinimlerinin giderilmesi ve bu konuda farkındalıklarının artırılması önemlidir.

Tablo 2. Hemşire ve Ebelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Maneviyat Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı (n=239)

Meslek	Maneviyat		Puanı $\bar{X}\pm Sd$	
	Sayı	%		
Hemşire	120	50.2	47.71 \pm 4.96	p=0.997
Ebe	119	49.8	47.71 \pm 4.93	t=0.004
Yaş (Min:20,Max:56)				
25 altı	40	16.7	48.47 \pm 4.62	p=0.184 F=1.703
25-34	108	45.2	47.13 \pm 4.83	
35-44	77	32.2	48.22 \pm 5.30	
45 ve üzeri	14	5.9	47.21 \pm 4.33	
Eğitim Düzeyi				
Meslek Lisesi	71	29.1	47.63 \pm 4.64	p=0.863
Yükseköğretim	168	70.3	47.75 \pm 5.06	t=-,166
Şuan Çalıştığı Birim				
Poliklinik	49	20.5	48.30 \pm 5.33	p=0.754 F=1.703
Doğum Salonu/ Ameliyathane	21	8.8	48.00 \pm 4.58	
Servis	161	67.4	47.54 \pm 4.94	
Eğitim-İdare	8	3.3	46.87 \pm 3.04	
Meslekte En uzun Çalışma Alanı				
Perinatoloji	67	28.0	47.74 \pm 4.46	p=0.639 F=0.633
Jinekoloji	68	28.5	48.41 \pm 5.26	
Neonatoloji	44	18.4	47.06 \pm 5.55	
Jinekoloji+				
Perinatoloji (Karma)	53	22.2	47.45 \pm 4.75	
Eğitim-İdare	7	2.9	46.71 \pm 3.25	
Meslekte Çalışma Süresi				
0-4 yıl	60	25.1	48.00 \pm 4.70	p=0.055 F=0.633
5-9 yıl	39	16.3	45.97 \pm 4.52	
10 yıl ve ↑	140	58.6	48.06 \pm 5.07	
En Uzun Süre Yaşadığı Yerleşim Yeri				
İlçe	26	10.9	47.46 \pm 4.70	p=0.782
İl	213	89.1	47.74 \pm 4.97	t=0.277
Manevi Bakım Kavramını Daha Önce Duyma Durumu				
Duyan	150	62.8	47.66 \pm 4.92	p=0.843
Duymayan	89	37.2	47.79 \pm 4.97	t=-0,198

Çalışmada MMBÖ toplam puan ortalamaları ile yaş, eğitim durumu, en uzun yaşanan yerleşim yeri, meslek, meslekte çalışılan yer ve en uzun çalışılan alan arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz

bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer şekilde Eğlence ve Şimşek tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelerin yaşları, eğitim düzeyleri, meslekte çalışma seneleri ile MMBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmiştir (18). Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada da hemşirelerin yaş ortalamaları, medeni durumları, çalışma yılları ile maneviyat puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur (19). Çalışmamızın aksine literatürde hemşirelerin eğitim düzeyindeki yükselmenin maneviyat ve manevi bakım algılamalarının olumlu yönde arttığını belirten çalışmalarda bulunmaktadır (19, 20). Çalışmada maneviyat puanları ile maneviyat kavramını daha önce duymuş olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da çalışma bulgumuzu desteklemektedir (21).

Çalışmada yaş, eğitim düzeyi, çalışma yılı, maneviyat kavramını duyma ile maneviyat ölçeği puan ortalamaları arasında önemli farklılığın çıkmama nedeninin manevi bakım konusundaki tutum ve düşüncelerin eğitim ve mesleki yaşam dışında bireyin kişisel ve çevresel bazı özelliklerden etkilenmesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Bireyin dini ve kültürel inancı, manevi kaynakları ve desteği, maneviyata olan inancını ve manevi kaynaklara ilişkin farkındalığını etkilemektedir. Maneviyat ile ilgili faktörlerin gelişiminde aile yapısı, kültür ve yaşadığı çevre gibi pek çok faktör etkili olmaktadır (22).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada yaklaşık 10 katılımcıdan 4'ünün maneviyat ve manevi bakım kavramını daha önce duymadığı, yaklaşık 10 katılımcıdan 3'ünün tüm hastaların manevi bakıma ihtiyacı olduğunu düşündüğü ve katılımcıların maneviyat puan ortalamalarının istendik düzeyde olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmanın sonuçları

hemşirelik ve ebelik alanında manevi bakıma yönelik bilgi ve uygulamalarının geliştirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Hemşirelerin ve ebelerin tüm insanlara holistik yaklaşımla bakım verebilmesi için bireyin manevi ihtiyaçlarını saptayabilmesi ve gereksinimlerin yerine konulabilmesi için doğru müdahaleleri planlayıp uygulayabilmesi önemlidir. Bu nedenle kadın sağlığının korunup geliştirilmesinde bu alanlarda çalışan hemşire ve ebelerin manevi bakıma ilişkin bilgilerinin artırılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Çalışma sonuçlarına göre; ebe ve hemşirelerin maneviyata ilişkin bilgilerinin ve uygulamalarının mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimler ile geliştirilmesi önerilmektedir. Manevi bakımın geliştirilmesinde uygun rol modellerinin önemli olduğu rehber eğitimcilerin maneviyatla ilgili teorik bilgiyi bakım uygulamalarına yansıtma örnek olmaları gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca manevi bakımın bireye yansımaları konusunda çalışmalar yapılmasının hemşire ve ebelerin manevi bakım konusunda duyarlılıklarını geliştirmede katkı sağlayacağı ön görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akgün Kostak M. Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2(6):105-115.
2. Khorshid L, Gürol Arslan G. Hemşirelik ve Spiritüel Bakım. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2006; 22(1): 233-243.
3. Ergül Ş, Bayık A, Hemşirelik ve Manevi Bakım. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004; 8 (1): 37-45
4. Arslan H, Konuk Şener D. Stigma, Spiritüel ve Konfor Kavramlarının Meleis'in Kavram Geliştirme Sürecine Göre İrdelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009; 2(1): 51-58.
5. Gilliat-Ray S. Nursing, Professionalism, and Spirituality. Journal of Contemporary Religion, 2003; 18(3): 335-349.
6. Coyle J. Spirituality and Health: Towards A Framework For Exploring The Relationship Between Spirituality and Health. Journal of Advanced Nursing, 2002; 37 (6): 589-597.
7. Wong KF, Lee LYK, Lee JKL. Hong Kong Enrolled Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. International Nursing Review, 2008; 55: 333-340.
8. Bostanca Daştan N, Buzlu S. Meme Kanseri Hastalarda Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010; 3(1): 73-78.
9. Baldacchino DR. Teaching on The Spiritual Dimension in Care to Undergraduate Nursing Students: The Content and Teaching Methods. Nurse Education Today, 2008; 28: 550-562.
10. Wong KF, Yau SY. Nurses' Experiences in Spirituality and Spiritual Care in Hong Kong. Applied Nurs Res, 2010; 23(4): 242-244.
11. McEwen M. Spiritual Nursing Care. Holistic Nursing Practice, 2005; 19(4): 161-168.
12. McSherry W, Draper P, Kendrick D. The Construct Validity of A Rating Scale Designed to Assess Spirituality and Spiritual Care. International Journal of Nursing Studies, 2002; 39: 723-734.
13. Ergül Ş, Bayık Temel A. Maneviyat ve Manevi Bakım Derecelendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 23 (1): 75-87, 2007.
14. Öz, F. İnsan, Spiritüel Gereksinimler ve Hemşirelik. MN Klinik Bilimler & Doktor 2004; 10(1):350-355.
15. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A, Spiritüel Bakım ve Hemşirelik. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2007; 8(1): 47 - 50.
16. Akgün Kostak M, Çelikkalp Ü, Demir M. Hemşire ve Ebelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Düşünceleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010; Sempozyum Özel Sayısı: 218-225.
17. Difoseph J, Cavendish R. Expanding The Dialogue on Prayer Relevant to Holistic Care. Holistic Nursing Practice, 2005;19:147-154.
18. Eğlence R, Şimşek N. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Hakkındaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014; 5(1): 48-53.
19. Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2009; 3: 41-52.
20. Özbaşaran F, Ergül Ş, Bayık Temel A, Gürol Arslan G, Çoban A. Turkish Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. Journal of Clinical Nursing, 2011; 20: 3102-3110.
21. Kavak F, Mankan T, Polat H, Çıtlık Sarıtaş S, Sarıtaş S. Hemşirelerin Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014; 3(1): 21-24
22. Yılmaz M. Holistik Bakımın Bir Boyutu: Spiritüel, Doğası Ve Hemşirelikle İlişkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011; 14(2):61-70.

ÖĞRENCİLERİN KENDİ KENDİNE TESTİS MUAYENESİ İLE İLGİLİ YAKLAŞIMLARI

APPROACHES ABOUT WITH TESTICULAR SELF-EXAMINATION OF STUDENTS

Uğur DOĞAN¹, Emre ATAY², Melek ÖZTÜRK³, Gülistan YURDAGÜL⁴

ÖZET

Bu çalışmada hemşirelik bölümünde okuyan erkek öğrencilerin, “kendi kendine testis muayenesi (KKTM)” ile ilgili yaklaşımlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırma, bir Sağlık Yüksekokulu’nun Hemşirelik Bölümü’nde okuyan erkek öğrenciler üzerinde yapılmış kesitsel türde bir çalışmadır. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formu ile “Champion’un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMÖ)” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzdelik, ortalama, Kruskal Wallis-H testi ve Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 21,32±1,81 olup tamamı bekârdır. Daha önce testis kanseriyle ilgili bilgi alanların oranı %17,1, son bir yılda KKTM yapanların oranı %6,1’dir. Daha önce testisleri ile ilgili sorun yaşayan öğrencilerin oranı %8,5 olup bu öğrencilerin %14,3’ü son bir yıl içerisinde KKTM yapmıştır (p=0,347). Ayrıca bu öğrencilerin duyarlılık puan ortalamaları sorun yaşamayanlara göre daha yüksektir (p=0,033). Testis kanseriyle ilgili daha önce bilgi alanların öz etkililik puan ortalamaları, bilgi almayanlardan daha yüksektir (p=0,004). Çalışma sonunda testis kanseri ile ilgili bilgi alan ve KKTM yapan öğrencilerin oranının oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Bununla beraber testis kanseriyle ilgili yeterli bilgiye sahip öğrencilerin KKTM ile ilgili öz etkililik skoru diğerlerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda eğitim programları düzenlenerek konuyla ilgili farkındalığın artırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kendi Kendine Testis Muayenesi, Testis, Öğrenci

ABSTRACT

In this study, it has been aimed at investigation of approaches related to the “Testicular Self-Examination (TSE)” of male students studying in nursing department. This research was a cross-sectional study carried out on male students who studying in the School of Health Nursing Department. Data was collected by using the data collection form prepared by researchers and Champion’s health belief model scale. In data evaluation, percentage, average, Kruskal Wallis-H test and Mann Whitney-U test were used. The average age of the participants is 21.32±1.81 and everyone is single. Previously percentage of informed related to testis cancer are %17.1, percentage of applied TSE at last a year are %6.1. Previously percentage of experience problem related to own testicles are %8.5 and percentage %14.3 this student’s has applied TSE at last a year (p=0.347). Furthermore the average score of sensitivity of these students is higher than not to experience problems (p=0.033). Previously mean of self-efficacy score of informed related to testicular cancer is higher than not informed (p=0.004). At the end of study, it has been found that the testicular cancer and testicular self-examination (TSE) of the knowledge levels of students are inadequate. At the same time, the self-efficacy score of student have adequate knowledge related to TSE has been found significantly higher than others. In line with these results it is advisable to increase the awareness on the issue organized training programs.

Key Words: Testicular Self-Examination, Testicular, Student

¹Öğr.Gör.Uğur DOĞAN, Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hiz.MYO.

²Arş.Gör.Emre ATAY, Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hiz.MYO.

³Öğr.Gör.Melek ÖZTÜRK, Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hiz.MYO.

⁴Öğr.Gör.Gülistan YURDAGÜL, Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hiz.MYO.

GİRİŞ

Testisler; anatomik açıdan incelendiğinde funiculus spermaticus'a asılı durumda, sağlı sollu bir çift olup, scrotum adı verilen torba içinde yerleşim gösteren organlardır (1). Erkek iç genital organlarından olan testisler, erkek üreme hücreleri spermatozoonların üretilmesinde görev alırlar (2). Bu açıdan neslin devamı konusunda önemli bir yere sahip olan ürogenital sistem organları, erkeklerde kanserin en sık görülmüş olduğu organlardandır. Testis kanseri (TK) sıklığı tüm yaş grubundaki erkeklerde sadece %1-1.5'ini olmasına rağmen ürogenital sistem neoplazmalarının %13-23'ünü oluşturmaktadır. Bu oran genç erkeklerde (15-35 yaş) daha da artmaktadır (3-5).

Testisler anne karnında böbreklere yakın olarak gelişirler. Fakat hamileliğin 7. ayından sonra inguinal kanaldan geçerek scrotum içerisine inerler. Bu iniş esnasında testisler karın içerisinde veya inguinal kanal içerisinde kalabilirler (2). Bu durumda meydana gelen inmemiş testis tablosunun, aile öyküsü, kabakulak, testis travması ve orşit gibi çevresel ve genetik faktörlerle birlikte TK gelişmesinde rol oynadığı bildirilmiştir (5). 2005 yılı itibariyle her yıl İngiltere'de 1400, Amerika'da ise 8000 yeni TK vakası bildirildiği ve son 20 yılda sıklığının %50 oranında arttığı belirtilmektedir. Türkiye'de ise görülme sıklığı %1,3'tür. Genç erkeklerde TK, kanser nedeniyle ölüm sıralamasında dördüncü sırada yer almaktadır (5). TK, hızlı bir şekilde diğer organlara da yayılabilen bir kanser türüdür. Bu yüzden TK'nde erken tanı ve sonrasında yapılacak uygun tedavi çok önemlidir. Erken tanı konulduğu olgularda hastaların %85-90'unun tamamen iyileşebileceği bilinmektedir (6). TK'nde en sık karşılaşılan belirti skrotumun tek tarafında görülen ağrısız kitledir (6,7). TK'nin erken dönemde tanısının konulabilmesiyle ilgili yöntemlerden biri de düzenli olarak kendi kendine testis muayenesi (KKTm) yapmaktır (8,9).

American Medical Association (AMA) ve American Urological Association (AUA) ise testis kanserinin erken tanısı için KKTm ile

ilgili halkın bilgilendirilmesi ve eğitilmesini önermektedir. Bu öneriyi de hastalığı tespit etmekte gecikme ile tanı anında klinik evre arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren çok sayıda çalışmanın kanıtlarına dayandırmaktadırlar (10). Tüm bu kanıtlara rağmen yapılan çalışmalar göstermiştir ki KKTm istenilen seviyede yapılmamaktadır (5,10-14). Pınar ve ark.'nın bildirdiğine göre; bu durumun sebebinin anlaşılması için Barnes tarafından Sağlık İnanç Modeli (SİM) geliştirilmiş daha sonra da Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMÖ) oluşturulmuştur (8). SİM; pek çok sağlık probleminde hastanın tedaviye uyumunu arttıracak motivasyon kaynaklarının belirlenmesinde etkili olabileceği gibi tedaviye uyumu azaltan engellerin belirlenmesinde de etkin bir şekilde kullanılabilir (12,15). Ölçeğin; duyarlılık, önemseme, yararlar, engeller ve öz etkililik olarak beş tane alt alanı bulunmaktadır. Bu alt alanlara göre hesaplanan puanlar, kişilerin testis kanserine ait duyarlılık ve önemseme düzeyleri, KKTm yapma veya yapmama ihtimaliyle ilişkilidir (8). Böylece sağlık profesyonellerinin, davranışla ilgili ipuçları ve riski azaltan davranışlarla ilgili engeller konusunda hastalara yardımcı olmasına da olanak tanınmaktadır (16).

TK için risk grubundaki genç erkeklere KKTm'nin öneminin anlatılması ve doğru uygulamaların öğretilmesinde hemşirelerin rolü oldukça önemlidir. Hemşireler eğitici, destekleyici rolleri ve bilgileri nedeniyle hem kendilerinin hem de sağlıklı/hasta bireylerin sağlık sorumluluklarını taşımaktadırlar (5,17). Tüm bu durumlar göz önünde bulundurularak bu çalışmanın hemşirelik eğitimi alan erkek öğrencilerle yapılmasına karar verilmiştir. Çalışmanın sonuçlarının literatüre katkıda bulunarak sonradan yapılacak eğitim çalışmaları için yararlı olacağı düşünülmektedir.

MATERYAL VE METOD

Bu araştırma Güneydoğu Anadolu Bölgesinde bulunan bir sağlık yüksekokulunda okuyan hemşirelik bölümünün erkek öğrencileriyle tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın yapıldığı şehirde etik kurul bulunmadığından çalışma kurum müdürlüğünün 26/02/2015 tarihli onayı ile yapılmıştır. Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden de sözlü onay alınmıştır.

Araştırmanın evreni erkek öğrencilerden (121 kişi) oluşturuldu. Bu gruptan çalışmaya katılmaya istekli tüm erkek öğrenciler (82 kişi) ise örneklem grubuna dâhil edildi. Verilerin toplanmasında iki farklı veri toplama aracı kullanıldı. Bunların ilki literatür (5,6,11,13) taramaları sonucunda araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu; ikincisi ise güvenilirlik ve geçerliliği Pınar ve ark. tarafından yapılan CSİMÖ olmuştur (8). Bu ölçeğin kullanılması için sorumlu araştırmacıdan gerekli izinler alınmıştır.

CSİMÖ’de cevaplar beşli likert tiptedir. Buna göre her bir bireyin vereceği cevaplar “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “kararsızım”, “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde sıralanmıştır. Ölçeğin beş tane alt alanı vardır. Alt alan puanının hesaplanması için ilgili alt alan puan ortalamaları alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzdelik, ortalama, Kruskal Wallis-H testi, Mann Whitney-U testi kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmaya toplamda 82 erkek öğrenci katılmış olup öğrencilerin yaş ortalamaları $21,32 \pm 1,82$ ’dir ve tamamı bekârdır. Öğrencilerin %24,4’ü birinci sınıf, %25,6’sı ikinci sınıf, %34,1’i üçüncü sınıf ve %15,9’u da dördüncü sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin büyük bir kısmı (%57,3) 18-21 yaş aralığındadır. Katılımcıların %17,1’i testis kanseri hakkında daha önce bilgi aldıklarını ve %64,3’ü de bu bilgiyi lisans eğitimi sırasında aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 1).

Öğrencilerin daha önce KKTm yapma durumu %6,1 iken, KKTm yapanların ayda bir KKTm yapma oranı ise %40,0’dır. Testisleri ile ilgili sorun yaşayanların oranı %8,5 olup, öğrencilerin hiçbirinde ailesinde testisleriyle ilgili sorun yaşayan birey bulunmamaktadır (Tablo 1).

Lisans eğitiminde testis kanseri ile bilgi alanlarda KKTm yapma oranı %40 iken basından-internette bilgi alanların hiçbiri son bir yılda KKTm yapmadığını ifade etmişlerdir ($p=0,093$).

Testis kanseriyle ilgili bilgi aldığını ifade eden öğrencilerin %57,1’i üçüncü sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin okumakta olduğu sınıf ile bilgi durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$).

Üçüncü sınıf öğrencilerinde KKTm yapma oranı %14,3 iken birinci sınıf öğrencilerinin hiçbirinin bu uygulamayı yapmadığı görülmüştür. Ancak bu iki sınıf öğrencileri arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p=0,139$).

Örneklem grubundaki öğrencilerden %8,5’i daha önce testisleriyle ilgili sorun yaşadığını ifade etmişlerdir ve bu öğrencilerin %14,3’ü düzenli olarak KKTm yaptığını belirtmiştir. Fakat daha önce testisleriyle ilgili sorun yaşama durumu ile düzenli KKTm yapma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,347$).

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Özellikleri

Özellik	n	%
Sınıf Düzeyi		
1.Sınıf	20	24,4
2.Sınıf	21	25,6
3.Sınıf	28	34,1
4.Sınıf	13	15,9
Yaş Aralığı		
18-21 Yaş	47	57,3
22-27 Yaş	35	42,7
Medeni Durum		
Evli	0	0
Bekâr	82	100
TK* ile İlgili Bilgi Alma Durumu		
Evet	14	17,1
Hayır	68	82,9
TK* ile İlgili Bilgi Kaynağı		
Lisans Eğitiminde	9	64,3
Basından-İnternette	5	35,7
Daha Önce KKTM** Yapma Durumu		
Evet	5	6,1
Hayır	77	93,9
KKTM** Yapma Sıklığı		
Ayda bir	2	40
İki Ayda bir	1	20
Yılda 3-4 kez	2	40
Testisleriyle İlgili Sorun Yaşama Durum		
Evet	7	8,5
Hayır	75	91,5
Ailede Testisleriyle İlgili Sorun Yaşayan Birey Varlığı		
Evet	0	0
Hayır	82	100

*TK: Testis kanseri

**KKTM: Kendi kendine testis muayenesi

Daha önce TK ile ilgili bilgi alanlar ve almayanlar arasında KKTM'yi önemseme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0.892) (Tablo 2).

Üçüncü sınıf öğrencilerinin KKTM yararları alt alan puan ortalaması diğer sınıflardaki öğrencilerin ortalamasından anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p=0.037) (Tablo 2).

Daha önce testisleriyle ilgili sorun yaşayanların duyarlılık puan ortalamaları sorun yaşamayanlara göre yüksektir (p=0.033) (Tablo 2).

KKTM yapanların engel alt alan puan ortalaması yapmayanlara göre daha düşük bulunmuştur (p=0.040) (Tablo 2).

Üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin öz etkililik puan ortalamaları birinci ve ikinci

sınıf öğrencilerinin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,043) (Tablo 2).

Testis kanseriyle ilgili daha önce bilgi alanların öz etkililik puan ortalamaları, bilgi almayanlardan anlamlı şekilde daha yüksektir (p=0,004) (Tablo 2).

Testisleriyle ilgili daha önce sorun yaşayanların öz etkililik puan ortalamaları yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,375) (Tablo 2).

Son bir yılda KKTM yapanların öz etkililik puan ortalamaları yapmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,003) (Tablo 2).

Tablo 2. Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Alt Alan Puan Ortalamaları

TK* ile İlgili Bilgi Alma Durumu	Önemseme Alt Alan Puan Ortalaması	p ^a
Evet	3,25±0,87	0.892
Hayır	3,19±0,88	
Okuduğu Sınıf	Yarar Alt Alan Puan Ortalaması	p ^μ
1. sınıf	3,35±0,86	0.037
2. Sınıf	3,26±0,98	
3. Sınıf	3,85±1,02	
4. Sınıf	3,43±0,76	
Daha Önce Testisleriyle İlgili Sorun Yaşama	Duyarlılık Alt Alan Puan Ortalaması	p ^a
Yaşadım	3,03±0,58	0.033
Yaşamadım	2,38±0,84	
Son Bir Yılda KKTM** Yaptım	Engel Alt Alan Puan Ortalaması	p ^a
Evet	1,88±0,87	0.040
Hayır	2,66±0,80	
Okuduğu Sınıf	Öz Etkililik Alt Alan Puan Ortalaması	p ^μ
1. sınıf	2,65±0,73	0.043
2. Sınıf	2,76±0,78	
3. Sınıf	3,23±1,01	
4. Sınıf	3,26±0,78	
TK* ile İlgili Daha Önce Bilgi Alma Durumu	Öz Etkililik Alt Alan Puan Ortalaması	p ^a
Bilgi Aldım	3,58±0,89	0.004
Bilgi Almadım	2,85±0,84	
Testisleriyle İlgili Daha Önce Sorun Yaşama	Öz Etkililik Alt Alan Puan Ortalaması	p ^a
Sorun Yaşadım	2,69±1,03	0.375
Sorun	3,00±0,87	
Yaşamadım		
Son Bir Yılda KKTM** Yapma Durumu	Öz Etkililik Alt Alan Puan Ortalaması	p ^a
Evet	3,96±0,07	0.003
Hayır	2,91±0,87	

*TK: Testis kanseri

**KKTM: Kendi kendine testis muayenesi

μ Kruskal Wallis-H testi

α Mann Whitney-U testi

Çalışmamıza katılanların yaş ortalaması 21,32±1,81'dir. Konuyla ilgili literatür taraması yapıldığında bu yaş grubunun testis kanseri için risk grubunda olduğu görülmektedir (4,5,18). Bu gruptaki erkek

öğrenciler risk altında bulunmalarına rağmen KKTM yapma oranları %6,1 olarak bulunmuştur. Göçgeldi ve ark.'nın 2010 yılında yaptığı çalışmada hayatı boyunca en az bir kez KKTM yapma durumu %8,8 olarak elde edilmiştir (19). Altınel ve ark.'nın 2013 yılında üniversite öğrencilerine yaptığı çalışmada ise öğrencilerin %3,3'ü KKTM'yi yaptıklarını ifade etmişlerdir (20). European Health Behavior Study (EHBS)'nin 21 Avrupa ülkesinde 16,486 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı anket çalışmasında ise, KKTM yapma oranı ortalama %12,8 olarak bulunmuştur. Bu 21 ülke içerisinde İzlanda %2,3 oranı en düşük KKTM yapan ülke olarak tespit edilirken, Almanya %23,6 oranı ile en yüksek KKTM yapan ülke olarak belirlenmiştir (21). Yaptığımız çalışma verileri, Avrupa ve Türkiye'de yapılan çalışmalar temel alındığında ortalama bir değere sahip olarak gösterilebilir. Fakat tüm bu oranlar, basit bir eğitimle öğrenilip uygulanabilecek olan KKTM için düşündürücü sonuçlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye'de Üroonkoloji Derneği bünyesinde Kuzgunbay ve ark.'nın yaptığı anket çalışmasında, ülkemizde testis kanserinin varlığından haberi olanların oranı %11,1 olarak belirlenmiştir (22). Nijerya'da 2011 yılında yapılan buna benzer bir çalışmada da, testis kanserinin varlığından haberdar olma oranı %10,4 olarak tespit edilmiştir (9). Çalışmamızda ise öğrencilerin sadece %17,1'i testis kanseriyle ilgili daha önce bilgi aldığını belirtmişlerdir. Bununla birlikte çalışmamızda KKTM yapanların oranı ise %6,1 olarak belirlenmiştir. Bu veriler göstermektedir ki TK ve KKTM ile ilgili yeterli farkındalık oluşmamıştır.

Çalışmamızda testis kanseriyle ilgili daha önce bilgi alanların; testisteki şüpheli kitleyi tanıma, normal ve anormal testis dokusunu ayırt edebilme gibi becerileri anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (p=0,004). Bu sonuca göre, TK ve KKTM ile ilgili daha önceden bilgilendirme yapılmasının, bireyin testislerinde oluşabilecek klinik farklılıkların erken dönemde tanınmasına yardımcı olacağını düşünmekteyiz. Bu durumun bir

sonucu olarak da erken tanı ile tedavide başarı şansı arttırılabilecektir.

Daha önce testisleriyle ilgili sorun yaşayanların KKT M duyarlılık alt alan puan ortalamaları sorun yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (12). Bu sonuç göstermektedir ki geçmişlerinde sağlıklarıyla ilgili sorun yaşayan ve kendilerini risk altında hisseden bireylerde, KKT M gibi sağlık davranışlarının yapılma ihtimali artmaktadır.

Son bir yılda KKT M yapanların öz etkililik puan ortalamaları yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Öz etkililiğin yüksek olması kişinin sağlık davranışını yapma yönünde motivasyonunu artırıcı etkiye sahiptir (12). Bu sonuca paralel şekilde son bir yıl içinde KKT M yapmayanların engel alt alan puan ortalamaları yapanlardan daha yüksek bulunmuştur. Engel alt alan puan ortalamalarının yüksek olması kişinin KKT M yapmasındaki motivasyonunu yüksek ölçüde düşürmektedir. KKT M'ne engel durumlar incelendiğinde benzer çalışmalarda da utanma, korkma, gülünç bulma, suçluluk hissetme, günah olduğunu düşünme veya zaman alma gibi cevaplarla karşılaşmaktadır (5,6,13,20). Profesyonel kişilerce verilecek olan etkili bir eğitimle KKT M yapmaya engel olan durumlar ortadan kaldırılarak uygulama sıklığı arttırılabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Testis kanseri, erken dönemde tanı konulamaması ve tedaviye geç başlanması neticesinde sıklıkla ölümlerle sonuçlanabilen bir hastalıktır. Ancak erken tanı konulmasıyla tedavide yüksek oranla başarı elde edilebilir. Erken tanı açısından en basit ve ucuz yöntemlerden birisi KKT M'dir. KKT M verilecek eğitim neticesinde kolaylıkla uygulanabilecek bir yöntem olmasına rağmen hem ülkemizde hem de dünyada istenilen seviyenin altında yapılmaktadır.

Sağlık inanç modeline göre hastalıkla ilgili duyarlılık ve önemsemenin

arttırılmasıyla sağlık davranışlarının arttırılabileceği belirtilmektedir. Bu bağlamda meme kanserinin erken teşhisi için kullanılan yöntemlerden biri olan kendi kendine meme muayenesi iyi bir örnek olarak karşımıza çıkmaktadır. Kendi kendine meme muayenesinde olduğu gibi KKT M içinde ulusal basında kamu spotlarına yer verilmesi, toplumun yaygın bir şekilde kullandığı kitle iletişim araçlarıyla farkındalık oluşturulması bilgi düzeyinin arttırılmasında ve toplumun bilinçlenmesinde faydalı olacaktır.

Yapılan birçok çalışmada da görüleceği üzere üniversite öğrencilerinin TK ve KKT M ile ilgili bilgi düzeyleri düşük seviyelerdedir. Bu konuda bireylerin eğitim düzeylerinin arttırılması ve farkındalık oluşturulabilmesi için ders müfredatlarına sağlık inanç modelini kapsayan derslerin eklenmesi iyi bir çözüm olacaktır.

Tüm bunların yanı sıra ülke sağlık politikasının sağlamış olduğu imkânlarla birlikte aile hekimliği, toplum sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarından, tam donanımlı hastanelere kadar her kademedeki sağlık kuruluşlarında 15-40 yaş arası erkek bireylere alanında profesyonel sağlık çalışanları tarafından eğitimlerin verilmesi, tanıtıcı broşürlerin dağıtılması eğitim düzeyinin artmasında faydalı olabilecek yöntemler olarak düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Arıncı K, Elhan A. Anatomi. 4. Baskı, Ankara : Güneş Kitabevi, 2006: 330.
2. Unur E, Ülger H, Ekinci N. Anatomi. 1. Baskı, Kayseri : Kıvılcım Kitabevi, 2014: 167-168.
3. Schottenfeld D, Warshauer ME, Sherlock S, Zauber AG, Leder M, Payne R. The epidemiology of testicular cancer in young adults. Am J Epidemiol 1980; 112, 232-246.
4. Shallwani K, Ramji R, Ali TS, Khuwaja AK. Self examination for breast and testicular cancers: A community-based intervention study. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2010; 11, 383-386.
5. Yılmaz E, Kutlu A, Çeçen D. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin testis kanseri ve kendi kendine testis muayenesi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4(10). 72-82.
6. Pour H, Çam R. Erkeklerin kendi kendine testis muayenesi ve testis kanseri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2014; 22(1), 33-38.
7. Beck S. Optimal management of testicular cancer: From self-examination to treatment of advanced disease. Open Access Journal of Urology 2010; 2, 143-154.
8. Pınar G, Öksüz E, Beder A, Elbaş NA. Testis kanseri taramalarında champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin

- türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerliliği. Tıp Araştırmaları Dergisi 2011; 9(2), 89-96.
9. Ugboma H, Aburoma H. Public awareness of testicular cancer and testicular self-examination in academic environments: a lost opportunity. Clinics 2011; 66(7), 1125-1128.
 10. Kuzgunbay B. Testis tümörü erken tanısında kendi kendine muayenenin yeri: Dünyada ve Türkiye’de durum. Üroonkoloji Bülteni 2014; (13), 127-129.
 11. Göçgeldi E, Koçak N, Ulus S, Yeğiner C, Başal Ş. Investigation of the frequency of testicular self examination performance in young adult males. Gülhane Tıp Dergisi 2011; (53), 17-25.
 12. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık inanç modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2014; 7(3), 230-237.
 13. Özbaş A, Çavdar İ, Fındık ÜY, Akyüz N. Inadequate knowledge levels of Turkish male university students about testicular self-examination. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2011; (12), 919-922.
 14. Bektaş M, İlyas ÖŞ, Küsbeci Ş, Bektaş İ. Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi, kendi kendine testis muayenesi ile HPV aşısı hakkında bilgi ve uygulamaları. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi 2014; 2(2), 1-11.
 15. Nahcivan NÖ, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003; 7,33-38.
 16. Çenesiz E, Atak N. Türkiye’de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(6), 427-434.
 17. Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumu. Meme Sağlığı Dergisi 2008; 4(1), 15-20.
 18. Vadaparampil ST, Moser RP, Loud J, Peters JA, Greene MH, Korde L. Factors associated with testicular self-examination among unaffected men from multiple-case testicular cancer families. Hereditary Cancer in Clinical Practice 2009; 7(11),1-10.
 19. Göçgeldi E, Koçak N. Kendi kendine testis muayenesi konusunda genç erişkin erkeklere verilen eğitimin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2010; 52,270-275.
 20. Altınel B, Avcı İA. Üniversite öğrencilerinin testis kanseri ve kendi kendine testis muayenesi hakkındaki bilgi, inanç ve uygulamaları. TAF Prev Med Bull 2013; 12,365-370.
 21. Wardle J, Steptoe A, Burckhardt R, Vögele C, Vila J, Zarczynski Z. Testicular self-examination: Attitudes and practices among young men in Europe. Preventive Medicine 1994; 23,206-210.
 22. Kuzgunbay B, Yaycioglu O, et al. Public awareness of testicular cancer and self-examination in Turkey: A multicenter study of Turkish Urooncology Society. Urol Oncol 2013; 31,386-391.

ÇOCUKTAN ÇOCUĞA DIŞ SAĞLIĞI EĞİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ASSESSMENT OF CHILD-TO CHILD DENTAL HEALTH EDUCATION

Arzu ÖZYÜREK¹, N. Ferah YAVUZ², Zuhal BEGDE³, Sevim GÜRLEYİK⁴, Neşe KARADAYI⁵, Fatih AKÇA⁶,
Derya ATALAY⁷

ÖZET

Bu çalışmada, Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı ile yürütülen diş sağlığı eğitiminin etkilerini incelemek amaçlanmıştır. Uygulama sürecinde 30 ilkokul 4.sınıf öğrencisi ile Çocuktan Çocuğa Yaklaşım modelinin konu belirleme, çalışma, tartışma, hareketi planlama, hareket ve değerlendirme aşamaları gerçekleştirilmiştir. Sekiz hafta süren etkinliklerin ardından çocuk, veli ve öğretmenlerle odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Çalışma grubunu dokuz çocuk, sekiz veli ve altı öğretmen oluşturmuştur. Veriler, çocuk, veli ve öğretmenlerle ayrı ayrı yapılan odak grup görüşmeleri ile toplanmıştır. Görüşmeler içerik analizi yöntemiyle analiz edilerek uygulamanın etkileri değerlendirilmiştir. Sonuç olarak; yapılan çalışmadan çocuklar ve velilerinin kişisel olarak önemli kazanımlar elde ettikleri, çocukların edindiği kazanımları diğer kişilerle paylaşmaktan hoşlandıkları, öğretmenlerin uygulamadan memnun oldukları belirlenmiştir. Ağız ve diş sağlığı konusunda yerel ve ulusal anlamda toplumda farkındalık oluşturulmasına katkı sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı, Ağız ve Diş Sağlığı, Okul Sağlığı, Toplum Sağlığı.

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the impact of dental health education via Child-to-Child Approach. Identifying, researching, discussing, planning, revising and assessment stages of Child-to Child Approach have been carried out with forth-year students (n:30) during the study. Upon 8 week long activities, focus group discussions have been performed with children, parents, as well as teachers. The study group was composed of nine children, eight parents and six teachers. The data were obtained by performing focus group interviews with children, parents and teachers. These interviews were evaluated by using the content analysis method and their impact was assessed. Conclusively, it has been concluded that children and their families gain personal benefits, children enjoy sharing what they have learned and teachers are pleased with the application. Our study contributes to the formation of both local and national awareness with respect to the oral and dental health.

Key Words: Child-to Child Approach, Oral and Dental Health, School Health, Community Health

¹Doç. Dr., Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Çocuk Gelişimi Bölümü.

²Bilm. Uzm. Öğr. Gör., Karabük Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

³Bilm.Uzm.Öğr.Gör., Karabük Üniversitesi Safranbolu Meslek Yüksekokulu

⁴Öğrt., Şerifebacı Anaokulu/Karabük.

⁵Öğrt., Aylin Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi/Karabük.

⁶Öğrt., Kastamonu Hüseyin Üster Özel Eğitim Uygulama Merkezi/Kastamonu

⁷Ebe, Yenice Toplum Sağlığı Merkezi/Karabük.

GİRİŞ VE AMAÇ

Eğitim, toplum sorunlarına çözüm bulabildiği ölçüde istendik ve etkili olarak kabul edilebilir. Geleneksel eğitim öğretim yöntem ve teknikleri, genellikle öğretmen merkezli olup öğrencilerin pasif alıcı olarak katılım sağladığı etkinliklerdir. Oysa kalıcı öğrenmelerin sağlanması için, öğrenenin aktif olduğu, çocuk merkezli öğretim yöntemlerine gereksinim vardır. Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı, toplumun sorunlarının neler olduğunun belirlenmesi ve çözüm üretimi, çözüm sürecine çocukların da aktif olarak katılımının sağlandığı bir yaklaşımdır. İngiltere’de 1978 yılında geliştirilmiş olan bu yaklaşımda temel olan, öğrenmenin yanında bireylerin öğrendiklerini toplumdaki diğer bireylerle paylaşmalarıdır (1, 2). Eğitim sürecinde, yetişkinlerin eylemleri, çocukların davranışlarını değiştirmede oldukça etkilidir. Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı ile çocuklar da yetişkinlerin davranışlarını değiştirmede etkili olabilmektedir (3). Çocuklar, yetişkin rehberliğinde toplumu ilgilendiren konularda bilgi edinip bu bilgileri sorunların çözümü için kullanabilmekte veya öncelikle yakın çevresi olmak üzere toplumdaki diğer bireylerle paylaşımlarda bulunabilmektedirler.

Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı, okul ve toplum arasında bağlantı kurmayı gerektirmektedir. Eğitim sürecinde, bireylerin öğrenme alanı ile yaşam alanları arasında sürekli bir ilişki kurulmaktadır. Örneğin; öğrenme alanı okul ise mahalle veya köy, yaşam alanını oluşturmaktadır (4). Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı’nın üç yönde etkili olduğu görülmektedir: Çocuktan Çocuğa, Çocukla Aile ve Çocuktan Toplum. Çocukların problem çözme becerilerinin desteklendiği bu eğitim yaklaşımında, çocuklar diğer çocuklarla ve toplumun diğer üyeleri ile ilgilenmek için cesaretlendirilmekte, yaşam ile öğrenme ve toplum ile okul arasında bağlantı kurulmaktadır. Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı’nda, altı aşamada çalışılmaktadır. İlk aşama olan grup çalışması; grup üyelerinin tanışması, proje ana fikrinin oluşturulması aşamasıdır. İkinci aşama olan

fikirlerimiz aşamasında; çocuklar yaşadıkları çevrede karşılaştıkları sorunları belirler, önemli sorunlarla ilgili fikirlerini dile getirirler. Konu seçimi aşamasında; problem olarak görülen durumlar arasından en önemli olanın hangisi olduğuna karar verilir. Bilgi toplama aşamasında; seçilen konuyu destekleyici kaynaklara nasıl ulaşılacağı planlanır, öğrenilenler paylaşılır, problemin çözümü için neler yapılabileceği belirlenir. Uygulama aşamasında; çocuklar düşündüklerini uygulama fırsatı bulur, ne yapacaklarını planlayıp uygularlar. Son aşama olan tartışma aşamasında; süreç boyunca neler yapıldığı ve nelerin başarıldığı değerlendirilir (5, 6). Her hangi bir Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı projesine başlamadan önce, çocuklara çalışmayla ilgili sürecin açıklanması gerekmektedir. Çocukların toplumda oynayabilecekleri rolleri tartışmak kadar projede birlikte çalışmak, fark oluşturmak ve bir konuda daha iyi hissetmek, takım ruhu, yetişkinlerin çocuklardan öğrenmesi ve eğlenmek gibi diğer şeyleri tartışmaları da çok önemlidir (5).

Akranları veya kendinden daha bilgili bir başka yetişkin tarafından model olduğunda öğrenmenin daha etkili olacağı, Bandura ve Vygotsky gibi kuramcılarının görüşleriyle desteklenmektedir (7, 8). Çocuklar, özellikle sağlıkla ilgili mesajlarını aileleri ve topluma aktarabilirler. Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı aktiviteleri geleneksel yaklaşımın ötesinde önemli ve eğlenceli öğrenmeler sağlar, çocukları birlikte çalışmaya cesaretlendirir, okulda sağlık eğitimine yeni bir bakış kazandırır. Yaklaşım, kültürel ve çevresel çalışmalar gibi alanlarda başka konularda da kullanılabilir (9). Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı, okul öncesi yıllardan itibaren her öğrenim düzeyinde öğrencilerin aktif katılımlarının sağlanabileceği bir sağlık eğitimi yaklaşımı olarak kullanılabilir. Yaklaşım sayesinde hem çocukların kendi kendine öğrenmeleri sağlanabilir hem de öğrendiklerini başta aile çevresi olmak üzere toplumdaki diğer bireylerle paylaşması sağlanabilir (10). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından benimsenerek özellikle fakir ülkelerde sağlık sorunlarının çözümlerinde yürütülen Çocuktan Çocuğa

Yaklaşım projelerinin koordinasyonu, günümüzde Çocuktan Çocuğa Örgütü tarafından yapılmaktadır. Dünya'daki uygulama örneklerine bakıldığında; Kenya ve Uganda'da "HIV/ AIDS İçin Çocuk Merkezli Yaklaşım" (11) Bostwana'da "Çocuktan Çocuğa Network", Nijerya'da "Annelerin Sağlık Grubu", Ekvator'da "Yaşamak İçin Oyna", Hindistan'da "Diğer Kurumlarla İşbirliği" projeleri yapılmıştır. Zambia, El Salvador, Beyrut, Lübnan ve diğer Arap ülkelerinde çeşitli konularda Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı çalışmaları yürütülmüş ve olumlu sonuçlar alınmış olup (12, 13), halen yürütülen çalışmalar mevcuttur. Türkiye'de Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı, 1991 – 1995 yıllarında gezici tarım işçisi çocukların eğitimiyle ilgili bir alanda Adana iline bağlı beş yerleşim bölgesinde bulunan ilköğretim okullarında başlatılmıştır. "Çocuk İşçiliği ile Eğitim Yolu ile Mücadele: Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı" projesi ise yürütülen bir diğer çalışmadır (2). Çocuktan Çocuğa uygulamalarında, karşılaşılan sorunlar benzer olsa da grubu oluşturan bireyler, sosyo-kültürel ve çevresel özelliklerdeki farklılıklar, grup dinamikleri ve etkileşimlerdeki farklılıklar programa yansımaktadır. Bu nedenle hiçbir Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı öğretim programı birbirine benzemeyip her birinin farklı amaçları ve farklı boyutları bulunmaktadır (12).

Alanyazın incelendiğinde, çocukların sağlık bakım niteliği ve ailelerinin yaşam kalitesi standartlarını yükseltmek için toplum temelli bir okul sağlık eğitim müfredatı geliştirmek (14), okul öncesi çocuklarda çevre bilincinin geliştirilmesi (15), ilköğretim çağındaki çocukların kahvaltı alışkanlığını kazanmaları (16), okulda verilen sağlık eğitiminin uygulamaya konulup konulmadığı (17), çocukların kişisel hijyen, sağlık ve beslenmeyle ilişkili bilgi, tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi (18, 19); çocuklara verilen beslenme eğitiminin, Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı'nın kullanıldığı eğitim ile diğer çocuklara aktarılması ve etkililiğini saptamak (6) amaçlı çalışmalar yapıldığı görülmüştür. Özellikle sağlık alanında etkisi ispatlanmış olan Çocuktan

Çocuğa Yaklaşımı ile ilgili akademik çalışmaların kısıtlı sayıda olduğu görülmektedir. Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı, sınıf öğretmeni gibi yetişkin rehberliğinde, özellikle kendi öğrenmelerini planlama, uygulama, edindiği bilgileri paylaşarak toplumsal farkındalık oluşturmada ağız ve diş sağlığı gibi toplumu ilgilendiren benzer konularda etkili olarak kullanılabilir (10).

Diş çürükleri ve periodontal hastalıklar, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan birçok ülkede en önemli halk sağlığı problemleri arasında yer almaktadır (20). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu oranların artmasının en önemli nedenlerinden biri de koruyucu diş hekimliği uygulamalarının henüz yaygınlaşmamış olmasıdır ve bu durum ciddi ekonomik, sosyal ve sağlık sorunlarına yol açmaktadır (21). Bu nedenle, ağız ve diş sağlığının korunması, çocukluk döneminden itibaren öncelikli olarak üzerinde durulması gereken bir konudur. Bireylerin konu ile ilgili bilgileri olsa bile, uygulamada yeterli hassasiyetin gösterilmediği ve diş bakımına yönelik uygulamaların yetersiz olduğu görülmektedir (22). Çocuk veya yetişkinlere, ağız ve diş sağlığı konusunda bilgi vermenin yanında bilgiyi davranışa dönüştürmede ve öğrenmenin kalıcılığının sağlanmasında Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı'nın etkili olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada, ilköğretim 4. sınıf öğrencileriyle Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı'ndan yararlanılarak uygulanan diş sağlığı eğitiminin etkisini incelemek amaçlanmıştır. Bu genel amaç çerçevesinde "Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı ile yürütülen ağız diş sağlığı eğitiminin etkileri nasıldır?" "Çocuk, veli ve öğretmenlerin Çocuktan Çocuğa Yaklaşım temelli ağız diş sağlığı eğitimi uygulama süreci hakkındaki düşünceleri nasıldır?" sorularına cevap aranmıştır.

MATERYAL VE METOT

İşlem

Diş sağlığı konusunda yapılması planlanan çalışma ile ilgili İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra, çalışmaya katılmak için gönüllü olan bir ilkokul 4.sınıf öğretmeni ile işbirliğine gidilmiştir. Sınıf öğretmeni, sınıfındaki çocukların ağız ve diş sağlığı eğitimi gereksinimi olduğunu belirtmiş ve bu konuda yapılacak çalışmalara açık olduğunu ifade etmiştir. Sınıf öğretmeninden çocukların bireysel özellikleri, aile yapıları, okul çevresi ve toplumun genel sorunları, okuldaki imkânlar hakkında bilgi alınmıştır. Araştırmacılar tarafından, okul ders programını aksatmayacak şekilde, temel amacı ve yapılabilecek etkinliklerin taslak olarak belirlendiği uygulama planı hazırlanmıştır. Sınıftaki 16 kız 14 erkek olmak üzere, yaş ortalaması 10 olan 30 öğrenciye ve bu öğrencilerin velilerine çalışma hakkında genel bilgi verilmiştir.

Velilere “Gönüllü Olur Formu” imzalatılmıştır. Hazırlıklar tamamlandıktan sonra, sınıf öğretmenin uygun gördüğü gün ve saatlerde, sekiz hafta süre ile haftada iki gün birer saatlik zaman diliminde araştırmacılar eşliğinde etkinliklerin yürütülmesi kararlaştırılmıştır. Her bir etkinlik 40 dakikalık bir ders saati sürmüştür, gerektiğinde ikinci bir ders saati kullanılmıştır.

Çalışmanın başlangıcında, durum tespiti amacı ile Çocuktan Çocuğa Yaklaşımlı diş sağlığı etkinliklerinin uygulanacağı sınıftaki çocuklar ve anne-babaların ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi ve uygulamaları değerlendirilmiştir. Bu amaçla araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu, çocuklara sınıfta uygulanmış, anne ve babalar için ise çocuklar aracılığı ile eve gönderilmiştir. Anketten elde edilen ağız diş sağlığına ilişkin uygulamaları gösterir bulgular Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Çocuklar ve Anne - Babaların Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Durumları ve Uygulamaları

Ağız ve Diş Bakımı İle İlgili Durumlar	Çocuk (n=30)		Anne (n=30)		Baba (n=28)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bilgileri Nereden Öğrendiği						
Aile	14	46,7	19	63,3	16	57,1
Öğretmen	11	36,7	4	13,3	5	17,9
Diş hekimi	5	16,6	2	6,7	2	7,1
Bilmiyor/fikri yok	-	-	5	16,7	5	17,9
Ağız ve diş sağlığını değerlendirme						
Çok iyi	8	26,7	2	6,7	-	-
İyi	16	53,3	14	46,6	9	32,2
Orta	5	16,7	12	40,0	17	60,7
Kötü	1	3,3	2	6,7	2	7,1
Son bir yıl içinde yaşadığı diş problemi						
Bir kez	9	30,0	9	30,0	7	25,0
Birkaç kez	16	53,3	11	36,7	14	50,0
Hiç	5	16,7	10	33,3	7	25,0
Dişlerini fırçalama zamanı						
Yemekten sonra	4	13,3	7	23,3	8	28,5
Yatmadan önce	3	10,0	5	16,6	5	17,9
Yemekten sonra ve yatmadan önce	18	60,0	14	46,7	7	25,0
Ara sıra	5	16,7	4	13,3	8	28,6
Dişlerini fırçalama sayısı/gün						
Üç kez	14	46,7	9	30,0	4	14,3
İki kez	7	23,3	13	43,4	11	39,3
Bir kez	3	10,0	4	13,3	6	21,4
Ara sıra	6	20,0	4	13,3	7	25,0
Diş fırçalama süresi						
1 dakikadan az	2	6,7	1	3,3	4	14,3
2-3 dakika	19	63,3	25	83,3	19	67,9
3 dakikadan fazla	3	10,0	2	6,7	3	10,7
Bilmiyor/fikri yok	6	20,0	2	6,7	2	7,1
Diş fırçalama şekli						
Sağa sola	2	6,7	5	16,6	6	21,4
Yukarı aşağı	11	36,7	20	66,7	18	64,3
Sağa sola, yukarı aşağı, dairesel olarak	17	56,6	5	16,6	4	14,3
Diş çürümelerini önlemek için yapılanlar						
Düzenli diş fırçalama	12	40,0	18	60,0	15	53,6
Şekerli besinlerden sonra su içme	1	3,3	6	20,0	6	21,4
6 ayda bir diş hekimi kontrolü	3	10,0	2	6,7	2	7,1
Fırçalama ve şekerli besinden sonra su içme	14	46,7	4	13,3	5	17,9
Diş temizliğinde kullanılan materyal						
Diş fırçası	18	60,0	23	76,7	21	75,0
Diğer	12	40,0	7	23,3	7	25,0
Son diş hekimi ziyareti sebebi						
Takip tedavisi	10	33,3	4	13,3	8	28,5
Diş veya diş eti ile ilgili rahatsızlık	20	66,7	19	63,4	15	53,6
Hiç gitmeyen/Cevapsız	-	-	7	23,3	5	17,9

Tablo 1 incelendiğinde, çalışma grubundaki çocukların %46,7'si, annelerin %63,3'ü ve babaların %57,1'i ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgilerini ailelerinden öğrendiklerini belirtmişler; bunu sırasıyla öğretmen ve diş hekimi izlemiştir. Ağız ve diş sağlıklarını çocukların %26,7'si,

annelerin %6,7'si çok iyi; çocukların %53,3'ü, annelerin 46,6'sı, babaların %32,2'si iyi; çocukların %16,7'si, annelerin %40'ı ve babaların %60,7'si orta düzeyde olarak değerlendirmişlerdir. Çocukların %83,3'ü, annelerin %86,7'si ve babaların %75'i son bir yıl içerisinde bir veya birkaç kez ağız ve diş sağlığı problemi olduğunu

belirtmiştir. Buna göre; bireylerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgileri öğrenmelerinde çoğunlukla ailelerinin etkili olduğu, çocukların ağız ve diş sağlıklarını anne ve babalarına göre daha iyi olarak değerlendirdikleri, ilk sırada çocuklar olmak üzere anne ve babaların çoğunun son bir yılda bir veya birkaç kez diş sağlığı ile ilgili bir problemle karşılaştığı söylenebilir.

Diş fırçalama zamanı sorusuna çocukların %60'ı, annelerin %46,7'si ve babaların %25'i hem yemekten sonra hem de yatmadan önce cevabını vermişlerdir. Çocukların %70'i, annelerin %73,4'ü ve babaların 53,6'sı dişlerini günde iki veya üç kez fırçaladıklarını; çocukların %63,3'ü, annelerin %83,3'ü ve babaların %67,9'u dişlerini 2-3 dakika süreyle fırçaladıklarını; çocukların %56,6'sı dişlerini sağa-sola-yukarı-aşağı-dairesel olarak fırçaladıklarını, annelerin %66,7'si ve babaların %64,3'ü ise yukarı-aşağı doğru fırçaladıklarını belirtmişlerdir. Çocuk, anne ve babaların dişlerini fırçalama konusunda duyarlı oldukları, fırçalama yöntemi konusunda ise bilgi eksikleri olduğu söylenebilir.

Diş çürümesini önlemek için neler yapıldığı sorusuna çocukların %46,7'si düzenli fırçalama ve şekerli besinden sonra su içme, annelerin %60'ı ve babaların %53,6'sı düzenli diş fırçalama olduğunu belirtmişlerdir. Diş hekimi kontrolü son sırada yer almıştır. Diş temizliğinde kullanılan araç ise çocuklarda %60, annelerde %76,7, babalarda %75 oranında diş fırçası olarak belirtilmiştir. Yine çocukların %100'ü, annelerin %77'si ve babaların %82,1'inin dişi ile ilgili bir sorun nedeniyle diş hekimini ziyaret ettikleri görülmektedir. Buna göre; diş temizliğinde diş fırçasının kullanıldığı; bireylerin diş sağlığının korunmasında dişlerin düzenli olarak fırçalanması gerektiğini bildikleri, diş hekimine diş veya diş etiyle ilgili bir rahatsızlık olmadıkça gidilmediği sonucuna varılmıştır. Böylece, uygulanan anket sonuçlarının, çocuklarla birlikte çalışılmak istenen diş sağlığı konusunun, hem çocuklar hem de aile bireylerinin bilgi gereksinimi olan bir konu olduğu fikrini desteklediği

görülmüştür.

Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı basamaklarına uygun olarak yapılan etkinliklere yön vermesi açısından tüm etkinlikler yazılı veya görsel olarak kayıt altına alınmıştır. Çocukların yaşlarının küçük olması nedeni ile daha fazla yetişkin yönlendirmesi yapılmıştır. Önceden araştırmacılar tarafından taslak olarak oluşturulan planlama doğrultusunda, her oturumda çocuklarla birlikte kimlerle, nasıl ve neler yapılabileceğine karar verilmiştir. Uygulama basamaklarına ilişkin olarak yapılan çalışmalar aşağıda özetlenmiştir:

1. Aşama: Hedeflerin Belirlenmesi. Bu aşamada, araştırma ekibinden bir kişinin moderatörlüğünde sınıftaki çocukların birbirlerini daha iyi tanımaları için resim, müzik, tiyatro, bilgisayar kullanımı, şiir yazma gibi yetenekleri olan arkadaşlarının kimler olduğu sorulmuş ve bu kişilerin yetenekleri hakkında konuşmalarına fırsat verilmiştir. Araştırma ekibi ve sınıf üyelerinin birlikte nasıl bir çalışma yapmak için bir araya geldikleri hakkında çocuklara bilgi verilmiştir.

2. Aşama: Fikirler. Bu aşamada çocuklara "Ailenizde ya da okulda, genel olarak çevrenizde karşılaştığınız ve çözülmesi gereken problem durumları, toplumun bilinçlenmesine gereksinim duyulan konular nelerdir?" soruları sorularak düşüncelerini söylemeleri istenmiştir. Çocuklar çevre kirliliği, hayvanlara zarar verme, kaynakların boşa kullanılması, ağaçların kesilmesi, topluma hizmette yetersizlik, sağlıksız yaşam, boş zamanları iyi değerlendirememesi gibi sorunların bulunduğunu belirtmişlerdir.

3. Aşama: Konu Seçimi. Çocuklardan gelen tüm fikirler tahtaya yazılmıştır. Sağlıklı olma konusunun çok sayıda çocuk tarafından ifade edildiği için açık uçlu sorularla grup üyelerinin bu konuya yoğunlaşması sağlanmıştır. Çocuklar yaşları küçük ve daha önce benzer bir çalışmada yer almamış olmaları nedeniyle, sınıf öğretmeniyle yapılan ön görüşme sonrası ele alınabilecek konulardan biri olarak düşünülmüş olan "ağız ve diş sağlığı" konusuna yönlendirilmişlerdir.

4. Aşama: Seçilen Konunun Geliştirilmesi.
Bu aşamada “Ağız diş sağlığı insan yaşamını nasıl etkiler? Dişler ne işe yarar? Yapısı nasıldır? İnsanların kaç dişi vardır, özellikleri nelerdir? Ağız ve diş sağlığı için nelere ihtiyaç vardır? Dişler ne zaman ve nasıl fırçalanmalıdır? Dişler neden çürür? Ağız neden kokuşur? Bu problem, tüm toplumu ne derece ilgilendirir? Ağız ve diş sağlığı konusunda toplumun bilgilendirilmeye ve sorunlarının çözüme ihtiyacı var mı, neden?” gibi sorularla, çocukların neler bildiği belirlenmeye çalışılmıştır. Çocuklar, özellikle diş çürükleri konusuna yoğunlaşmışlardır. Bu aşamada, çocuklarla ağız ve diş sağlığı konusunda hangi kaynaklardan bilgi edinebilecekleri konuşulmuş ve her grubun kendi belirlediği başlıkla ilgi araştırma yapması kararlaştırılmıştır. Ayrıca çocukların kendi ilgi ve yeteneklerini sergileyecekleri ve eğlenceli ne gibi etkinlikler yapılabileceği konuşularak en çok talep gören tartışma, aile bireyleri ile röportaj, ağız ve diş görüntülerinin fotoğraflanması, diş hikâyelerinin derlenmesi, afiş ve el broşürü hazırlama, tiyatro oyunu yazma ve oynama, maket yapımı, ağız ve diş sağlığı merkezi ziyareti, proje panosunun oluşturulması etkinlikleri seçilerek bir etkinlik takvimi oluşturulmuştur. Etkinliklerin uygulanmasında, her grup bir araştırmacı rehberliğinde çalışmıştır.

Grup tartışmasında, her grup ağız ve diş sağlığı konusunda yaptıkları araştırma sonuçlarını sunarak paylaşımda bulunmuştur. Aile bireyleri ile diş ve ağız sağlığı konusunda röportaj için ortak sorular belirlenmiştir. Çocuklar, röportajı kameraya kaydetmişler, bir aile bireyinin ağız ve diş görüntüsünün fotoğrafını çekmişlerdir. Görüntülerin bir kısmı sınıf ortamında izlenmiş ve tartışılmıştır. Ağız ve diş ile ilgili hikâyeler ve ağız ve diş görüntülerini içeren fotoğraflar, proje panosuna asılmıştır.

Afiş hazırlamada resim öğretmenin desteği alınmıştır. Çocuklar ağız ve diş sağlığı konusunda sloganlarını yazmışlar, her grup bir slogan seçerek afiş çalışmasında kullanmıştır. Yapılan afişler, proje eğitim panosuna asılmıştır. El broşürü hazırlamak için çocuklarla birlikte, derlenen bilgilerin

broşürde nasıl yer alacağı kararlaştırılmış bilgisayar çıktıları alınıp çoğaltılmıştır. Tiyatro oyunu için, iki drama eğitimcisinin desteği ve tiyatroya ilgi duyan bir grup çocuk ile ders dışı zamanlarda önce drama çalışma egzersizleri, daha sonra ağız ve diş sağlığı konulu hikâyeye oluşturma, oluşturulan hikâyeyi tiyatro metnine dönüştürme ve oynama çalışmaları yürütülmüştür. Oyunda, çok sayıda çocuğa rol vermeye özen gösterilmiştir.

Ağız ve diş yapısıyla ilgili maket tasarımı ve yapımında her grup farklı materyaller kullanarak kendi maketini yapmış, yapılan ürünler her aşamada fotoğraflanmış, sınıf içindeki dolaplar üzerinde sergilenmiştir. Ağız ve diş sağlığı merkezi ziyareti yerine ağız ve diş sağlığı merkezinde görevli bir diş hekimi sınıfa davet edilmiştir. Ağız ve diş kontrolü sonucunda çocukların %10'unun ağız ve diş yapısında bir sorun olmayıp diş gelişimlerinin tamamlandığı; %73,33'ünün çürük dişi olduğu (%46,7 1-3 çürük diş, %26,7 dört ve daha fazla çürük diş) ve tedavi gerektiği belirlenmiştir. Okuldaki özel eğitim sınıfı, anasınıfı, 2.ve 3.sınıf öğrencilerinin de diş muayenesi yapılmış, muayene sonucu ve hekim önerileri, haber mektubu şeklinde ailelere gönderilmiştir. Çocuklar, diş hekimi ile sohbet etme fırsatı bulmuşlardır.

5. Aşama: Planlama ve Harekete Geçme.
Tüm etkinliklerin sonunda okuldaki diğer çocuklar ve okul çalışanları, aile bireyleri, yakın çevredeki diğer bireylere ulaşılması kararlaştırılmıştır. Bu hedef kitlelere ulaşabilmek için neler yapılabileceği, kimlerden nasıl destek alınabileceği konuşulmuştur. Sınıf öğretmeni ve okul yönetiminin desteği alınarak aşağıdaki etkinlikler gerçekleştirilmiştir:

- ✓ “Çocuktan Öğren Diş Bakımını Projesi” adlı pano oluşturulmuş ve konuyla ilgili bilgiler, fotoğraf, afiş ve broşürler, röportajlar ve hikâyeler asılmıştır.
- ✓ El broşürleri diğer sınıflardaki çocuklara dağıtılmış, ailelere gönderilmiştir.
- ✓ “Çocuktan Öğren Diş Bakımını” isimli tiyatro oyunu okuldaki tüm çocuklara ve velilere sunulmuştur. Tiyatro oyununda rol almayan diğer çocuklar ağız ve diş

sağlığı ile ilgili kısa bilgiler vermiş, şiirler okumuş, sloganları söylemişlerdir.

- ✓ Şehir meydanında, toplum katılımlı etkinlik için okul aile birliğinin desteği ile promosyon materyaller hazırlanmıştır. Ders çıkış saatinde, araştırmacılar eşliğinde çalışma grubundaki çocuklarla afişler taşınmış, sloganlar atılarak şehir meydanına gidilmiştir. Şehir meydanında çocuklara balon ve şekersiz sakız, ailelerine el broşürü ve proje adı yazılı magnetler dağıtılmıştır. Aileler, çocuklarının ücretsiz ağız ve diş sağlığı kontrolü için muayene masasına davet edilmiş ve gelen çocuklar diş hekimi tarafından muayene edilerek aileler bilgilendirilmiştir. Diş muayenesine 2-13 yaş aralığında 78 çocuk katılmış, muayene sonucunda bu çocukların yalnızca %23,08'inin ağız ve diş yapısında bir sorun olmayıp diş gelişimlerinin tamamlandığı, %37,17'sinin 1-3 arası ve %39,74'ünün dört ve daha fazla sayıda çürük dişi olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin altı yaşın altındaki çocukların diş hekimine götürülmesini gerekli bulmadıkları dikkat çekmiştir. Her muayene olan çocuğa, diş fırçası ve diş macunu hediye edilmiştir. Muayene sırasındaki çocuklara, dişlerin nasıl fırçalanacağı maket üzerinde uygulamalı olarak gösterilmiştir. Bu esnada, çalışma grubundaki çocuklar cerrahi eldiven, maske ve boneler takarak eğlenceli vakit geçirmişlerdir. Çocuklar etkinliği izleyen yetişkinlerle röportajlar yapmış, proje hakkındaki görüşleri kamera ile kaydetmişlerdir. Yaklaşık iki saat süren bu etkinlikte, çocuklar proje sloganlarını atarak dikkat çekmişlerdir. Etkinlik, yerel basın tarafından izlenmiştir.

6. Aşama: Değerlendirme. Bu aşamada planlanan ve uygulanan tüm etkinlikler gözden geçirilerek ve "Ne biliyorduk, yeni neler öğrendik? Hangi etkinlik daha çok ilginizi çekti? Bu çalışma kime ne kazandırdı?" gibi sorular sorularak çocukların görüşleri alınmış, hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilmiştir. Sonuç olarak, sınıftaki tüm çocuklar

çalışmadan olumlu kazanımlar elde ettiklerini ifade etmişlerdir.

Araştırma Modeli

Katılımcı öğrenme ve odak grup görüşmesi gibi nitel araştırma metotlarının kullanıldığı çalışma, yarı deneysel modeldedir. Nitel bir veri toplama yöntemi olan odak grup görüşmesi, derinlemesine ve detaylı bilgi elde edilmesinde kullanılabilir ve katılımcıların duygu, düşünce, tecrübe, eğilim gibi kişisel özelliklerini yansıtabilecek bir görüşme yöntemidir. Odak grup görüşmelerinde elde edilen bilgilerin genellenmesi gibi bir amaç söz konusu olmadığından, katılımcıların kendi değerlendirmeleri önemlidir. Odak grup görüşmelerinin katılımcılar arasındaki etkileşimi artıracak bir özelliğe sahip olması, elde edilecek bilgileri daha da önemli hale getirmektedir. Çünkü birbirlerinden etkilenen katılımcılar farklı görüşlerin ortaya çıkmasını sağlayabilmektedirler (23).

Çalışma Grubu

Çalışma grubu, Çocuktan Çocuğa Yaklaşımlı eğitim uygulamalarının yürütülmesinde aktif görev alan 4.sınıf öğrencileri arasından rastgele seçilen 9 çocuk, aynı sınıftaki çocukların velisi sekiz anne ve okulda görev yapan biri yönetici altı öğretmenden oluşmuştur.

Verilerin Toplanması ve Analizi

Çocuktan Çocuğa Yaklaşım temelli eğitim etkinliklerinin tamamlanmasının ardından, verilerin toplanması amacıyla çocuk, veli ve öğretmenlerle odak (focus) grup görüşmeleri yapılmıştır. Bu çalışmada, odak grup görüşmeleri için çalışmanın amacına uygun olarak sorular hazırlanmıştır. Çocuklar, anneler ve öğretmenlerle farklı zaman dilimlerinde, bir moderatör ve iki araştırmacı eşliğinde yapılan odak grup görüşmeleri 30-40 dakika sürmüş, görüşmeler kamera ile kayıt altına alınmıştır. Verilerin dökümünde çocuklar Ç1, Ç2, Ç3 şeklinde, anneler A1, A2 ve öğretmenler de Ö1, Ö2 şeklinde kodlanmıştır. Daha sonra bu görüşmeler, içerik analizi ile analiz edilmiş ve veriler nitel olarak değerlendirilmiştir. Geçerliğin sağlanması açısından, katılımcıların

görüşlerinden doğrudan alıntılara yer verilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çocuk, veli ve öğretmenlerle yapılan odak grup görüşmeleri içerik analizinde ortaya çıkan temalar, proje süreci hakkında görüşler, proje sonuçlarının değerlendirilmesi ve *Çocuktan Çocuğa* Yaklaşım temelli eğitim uygulamasına ilişkin görüşler olmak üzere üç başlık halinde verilerek yorumlanmıştır.

Tema 1: Proje Süreci Hakkında Görüşler

Bu tema başlığı altında, çocuk, veli ve öğretmenlerin *Çocuktan Çocuğa* dış sağlığı eğitimi konusunda yapılan çalışmalar hakkındaki görüşleri ele alınmıştır. Çalışma grubundaki çocukların tümü, yürütülen çalışmalar ile ilgili memnuniyetlerini dile getirmişlerdir. Çocuklardan Ç1 ve Ç2 “Şehir meydanında yaptığımız çalışma çok yararlı oldu. Başka çocuklara ve insanlara bildiklerimizi öğrettik”, Ç3, Ç4 ve Ç5 “Etkinliklerde çok eğlendik, iyi vakit geçirdik”, Ç6 “Sınıf içinde ve sınıf dışında yapılan bütün etkinlikler güzeldi. Amaçlarımızı sadece sözel olarak değil hareketlerimizle de gösterdik”, Ç7 “Tiyatro etkinliği çok yararlı oldu” Ç8 ve Ç9 “O kadar çok olumlu yanı var ki olumsuz şeyler varsa da bunu kapatır” şeklinde görüşlerini dile getirmişlerdir.

Velilerden A1 “İlk başta bu duruma olumsuz yaklaştım. Çocukların derslerine ilave ağırlık yükleyeceğini, zorlanacağını düşündüm. Ama öyle olmadı, çocuğum çok büyük keyif alarak katıldı. Yaptığı etkinliklerden çok mutlu, yaptıklarını anlatırken gözlerinin içi parlıyordu”, A2 “Kızım eve gelip heyecanla öğrendiklerini bana anlattı, öğrendiklerini bana da öğretti. Ben de yeni şeyler öğrendim”, A3 “Hiç olumsuz bir yanı olmadığını, özellikle tiyatro oyunu ile çocukların sosyal açıdan geliştiklerini düşünüyorum”, A4 “Kızım çok keyif aldı ve eğlenceli olduğunu söyledi”, A1, A2, A5 ve A6 “Çocuklarımız daha sosyal oldular, hayata katılımlarının artması yararlı oldu”, A7 “Ben bile bilmediğim şeyleri öğrendim, onlar görerek öğreniyor ve bize öğretiyorlar” ve A8 “Çocuklar yaptıkları

şeyleri daha bilinçli yaptılar” şeklinde ifade etmişlerdir.

Öğretmenler ise, genel olarak çalışmadan etkilendiklerini belirtmişlerdir. Bunu Ö1 “Projenizi çok beğendim, gelecek yıl için bir projeniz olursa seve seve sınıfımı verebilirim”, Ö2, Ö3 ve Ö4 “Okulumuzla çalıştığınız için çok mutluyuz, teşekkür ederiz.”, Ö5 “Yapılan etkinlikler tek sınıfta yapıldığı için, sınıfta güdültüden ders yapamadık ve rahatsız olduk. Sınıf, etkinlikler için uygun değildi. Belki benim sınıf da projeye katılsaydı, rahatsız olmazdık. Neden bizi de katmadınız?” şeklinde görüşlerini dile getirmişlerdir.

Tema 2: Proje Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Bu tema başlığı altında, uygulanan etkinliklerin olumlu ve olumsuz yönlerinin neler olduğu belirlenmeye çalışılmıştır. Çocukların tümü proje uygulamasını başarılı bulduklarını ve öğrendikleri bilgileri ailelerine, arkadaşlarına, çevredeki insanlara aktardıklarını söylemişlerdir. Bu durumu A1 “Aslında biz bilgileri sizin öğreteceğinizi sanıyorduk, fakat bu böyle olmadı. Biz kedimiz bilgiyi bularak araştırmayı öğrendik. Başkalarına bilgi öğreterek mutlu olduk” demiştir. En çok beğendikleri etkinlik sorulduğunda, çocuklar çok daha fazla insana ulaşmaları nedeniyle şehir meydanında yapılan uygulama ve tiyatro çalışmasını beğendiklerini ifade etmişlerdir. Proje çalışmasının kimlere nasıl katkı sağladığına ilişkin görüşlerini ise; kendileri, aile bireyleri, arkadaşları ve toplumdaki diğer kişilerin bilgilerinin artmasına katkı sağlandığını ifade etmişlerdir. Çocuklar ayrıca, projede ödüllü yarışmalar yapılsaydı ve tiyatro gösterisi okul dışında daha fazla kişiye sunulsaydı bilgi paylaşımının daha fazla olabileceğini belirtmişlerdir.

Veliler, uygulanan proje sonuçları ile ilgili olarak olumlu geri bildirimlerde bulunmuşlardır. Bu durumu A1 “Derslerden farklı olarak çocuklar değişik bir aktivitede bulundular”, A2 “Yoğun derslerin dışında, daha eğlenceli olarak hem öğrendiler hem de farklı bir aktivitede bulundular”, A3 “Çocuklara derslerden değişik ve ilginç

geldi”, A4 “Çocukların sosyal sorumluluk bilinci arttı”, A5 “Benim çocuğum diş fırçasını ıslatmadan dişini fırçalamayı öğrendi” şeklinde ifade etmişlerdir. Uygulamaların etkisi konusunda, A1 “Kızımın kardeşi de hevese geldi, verilen diş fırçası ve macunu ile sürekli dişini fırçalamaya başladı”, A2 “Şehir meydanında yapılan aktivite çok farklı oldu ve çocukların çok hoşuna gitti”, A3 “Çocuklar okula daha hevesli geldi, öğrendiklerini bizimle paylaştı, yapacakları etkinliklerde daha hevesli oldular”, A4 “Benim çocuğumun çikolata gibi abur cubura düşkünlüğü vardı, şimdi bunları yememeye ya da en azından yedikten sonra dişlerini fırçalamaya özen gösteriyor”, A5 “Çocukların küçükken öğrendikleri ömür boyunca gidiyor. Biz hep aileden öğrendik, bilebildiğimiz kadar çocuklarımıza öğretiyoruz. Çok yanlışlarımız da var. Mesela; ben diş fırçasının kuru olarak fırçalanması gerektiğini yeni öğrendim” şeklinde ifade etmiştir. Veliler, daha güzel öğrenmeleri nedeniyle çocukların araştırma yapmalarını, aile bireyleriyle yapılan röportajı, tiyatro gösterisini, şehir meydanında yapılan etkinliği ve çocukların pankart hazırlamalarını çok beğendiklerini ifade etmişlerdir. Bu duruma A3, A4 ve A6 “Tiyatro çalışmasını çok güzel bulduk. Çocuklarımızın kendilerinin yazıp oynayacağını düşünemedik. Hiç böyle bir aktivitede bulunmamışlardı. Çocukları bire bir olayın içine katmak oyunla daha güzel oluyor” ve A5 “Çalışmalar çok kalıcı oldu ve öğrendiklerini unutmayacaklar” şeklinde çocukların etkinliklere katılımından edindikleri kazanımları dile getirmişlerdir. Proje çalışmasının katkısı ile ilgili olarak A1 “Bu proje ile çocuklar kadar biz de ilgilenmeye başladık”, A2 “Çocuğa ve bize katkı sağladı. Her zaman çocuklar aileden bir şeyler almıyorlar, onlar büyüdükçe biz de onlardan öğreniyoruz birçok şeyi. Bu projede ağız ve diş sağlığı konusunda birçok eksiklerimiz olduğunu öğrendik. Bunları bu şekilde tamamlamayı da öğrendik, doğruları, yanlışları öğrendik.”, A5 “Bu proje herkese katkı sağladı. Çünkü çocuklar, hem kendini hem bizi eğitti. Bunlar ilerde toplumun parçası olacaklar. Kendisi yanındaki iki-üç

arkadaşını, o onu, o onu derken bilgi yayılacak. Ben mesela kendim çevremdekilere diş fırçalarken diş fırçasının ıslak olmaması gerektiğini öğreteceğim”, ve A3 “Sadece biz değil dayı, yenge, anneanne, dede, herkes bir şeyler öğrendi” şeklinde projenin çocuğun çevresindeki diğer aile bireylerine de katkısı olduğunu dile getirmişlerdir. Bunun yanında A1 ayrıca, çocuklar diş doktoruna gidip kullanılan aletleri tek tek inceleselerdi doktor korkularını atlattıklarına katkısı olabileceğini belirtmiştir.

Öğretmenler, uygulama hakkındaki görüşlerini genel olarak başarılı bulduklarını söyleyerek dile getirmişlerdir. Bu durumu Ö1 “Gördüğüm kadarıyla, öğrenciler her hafta heyecanla yapacağınız etkinlikleri beklediler.”, Ö5 “Proje sınıfı olarak değil de bütün okul olarak her sınıftan temsili öğrenciler seçilebilirdi”, Ö4 “Bence zaman kısıtlıydı, bir yıla bölünseydi ve okul çapında olsaydı daha başarılı olabilirdi”, Ö3 “Proje gerçekten başarılıydı. Çocuklar çok eğlendiler, etkinliklerde katılım sağladılar.” şeklinde belirtmişlerdir. Çalışma grubu sınıf öğretmeni Ö6 “Proje gerçekten başarılıydı. Kendi sınıfım adına, çocuklarımın hevesli olduğunu ve istediklerinde neler yapabildiklerini gördüm” şeklinde görüşünü dile getirmiştir. Projede diş hekimi kontrolünün yapılması, öğretmenler tarafından en çok beğenilen etkinlik olarak ifade edilmiştir. Proje çalışmasının kime nasıl katkı sağladığı ile ilgili soruya Ö1 “Bence çocuk, aile, öğretmen, toplum, herkes nasibini aldı ve faydalandı” demiştir. Sınıf öğretmeni Ö6 “Çocuklara, ailelere, bizlere ve topluma katkı sağladı. Her pazartesi diş kontrolü yapmaya başladım, proje bana bunu kazandırdı. Bir öğrencim bir sabah geldi dedi ki “Öğretmenim, bu sabah dişlerimi fırçalamadan geldim.” Yani, çocuk artık bunun bilincinde. Ben eminim, bütün çocuklarda bu oluştu. Ancak bu olayı sıcak tutmak, sürekli üstünde durmak gerekli, yoksa çocuk unuttur bir süre sonra.” şeklinde cevap vermiştir. Kendi sınıfındaki çocukların projede yer almamasından şikâyet eden Ö5 ise “Ben bu projenin sadece 4\A sınıfına ve ailesine katkı sağladığını düşünüyorum.

Çocuk, içinde bulunmadığı etkinliğe katılmak istemiyor. Bu yüzden şehir meydanındaki etkinliğe de sınıf olarak gidip katılmadık” demiştir. Öğretmenler tüm sınıfların veya en azından tüm dördüncü sınıfların katılımı sağlanarak okul genelinde bir proje olabileceği düşüncelerini dile getirmişlerdir.

Tema 3: Çocuktan Çocuğa Yaklaşım Temelli Eğitim Uygulamasına İlişkin Görüşler

Bu bölümde, özellikle Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı'nın kullanıldığı eğitim ve benzer bir çalışmada ele alınabilecek konuların neler olabileceğine ilgili görüşler belirlenmeye çalışılmıştır. Katılımcılara “Çocuktan Öğren Diş Bakımını Projesi” amaçları arasında çocukların ağız ve diş sağlığı konusunda bilgi edinmesi, edindiği bilgileri kendi ağız ve diş sağlığı için uygulamaya koyması, bu bilgileri çevresindeki kişilerle paylaşması, sorumluluk alması ve aldığı sorumluluğu yerine getirmesi, grupla işbirliği gibi sosyal becerilerinin gelişmesi olarak belirlenmiştir. Gözlemlerinize göre, bu hedeflerin tümüne ulaşılmış mıdır?” sorusu yöneltilmiştir. Bu soruya çocuklar, veliler ve öğretmenlerin tümü, tüm hedeflere ulaşıldığı şeklinde cevap vermişlerdir. Velilerden A5 “Bu tür projelerin devamının gelmesi önemli. Çocuklar, sınavlar için çalışıp öğrendikleri bilgileri sınavdan sonra unutuyorlar. Ama bu tür çalışmalar devam ederse, yaparak öğrenir ve bilgiler hayatının bir parçası olur.” demiştir. Çalışma grubu sınıf öğretmeni Ö6 “Tiyatro çalışması gerçekten muhteşemdi. 24 yıllık öğretmenim, ben hiç çocukların tiyatro oyunu yazabileceğini düşünmedim ve yapmadım da. Etkinlik gruplarında çocuklar işbirliği yapmayı öğrendiler. Görevini yapmayanlara “Niye yapmadın?” deyip birlikte sorunun üstesinden geldiler” şeklinde görüşlerini dile getirmiştir.

Benzer bir çalışmanın yürütülmesi hakkında; çocuklar, benzer bir çalışma yapmak istediklerini ve oyun, spor ve matematik konularının ele alınabileceğini belirtmişlerdir. Veliler, benzer bir çalışma yapıldığı takdirde temizlik, kitap okuma alışkanlığı, sağlık ve beslenme, iletişim

konularının ele alınabileceğini belirtmişlerdir. Öğretmenler ise; “Çocuklar nerede nasıl davranacaklarını bilmiyorlar. Çocuklarda amaçsız bir koşma, hırçınlık, etrafa saldırma, bencil davranışlar var. Davranışlar ve sosyal çevre ele alınabilir.” şeklinde daha çok davranış problemlerinin çözümüne yönelik konularda çalışılabileceği beklentilerini dile getirmişlerdir.

Çalışma sürecinde, çocuklar ve aile bireylerinin ağız ve diş sağlığı konusunda, başta diş çürükleri olmak üzere ağız ve diş sağlığı problemleri ve konu ile ilgili bilgi gereksinimleri olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın durum tespiti aşamasında diş hekimi kontrollerinde 2-12 yaş arası çocukların önemli oranla diş çürükleri bulunması, çalışmanın önemini ortaya koymaktadır. Benzer bir çalışmada 11-12 yaş grubu öğrencilerin bir bölümünün doğru diş fırçalama yöntemini öğrenmelerine rağmen uygulayamadıkları, ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi düzeyinin eğitim öncesinden sonrasına artış gösterdiği belirlenmiştir (24). Bir başka çalışmada, okul öncesi dönem çocukların ağız ve diş sağlığı hakkında aileleri tarafından bilgilendirildikleri, ailelerin ağız ve diş sağlığı konusunda bilgi eksikliklerinin bulunduğu ve buna bağlı olarak yanlış tutumlar sergiledikleri belirlenmiştir (25). Öncelikle anne babaların ağız diş sağlığı konusunda bilgi edinmesi, ağız ve diş sağlığı bakımına özen göstererek çocuklarına model olmalarının büyük önem arz ettiği söylenebilir. Ebeveynler dişlerini fırçalar, çocuğa diş fırçalamasını öğretir, diş fırçalamasını denetler ve desteklerse, çocukların da bu alışkanlığı edinmesi kolaylaşacaktır.

Ağız ve diş sağlığı, insanları fiziksel ve psikolojik olarak etkilemekte ve büyüme, yaşamdan keyif alma, dış görünüş, konuşma, çiğneme, yiyeceklerden tat alma ve toplumsallaşma üzerinde etkiye sahiptir. Çürükler çocukların yaşam kalitesini düşürmekte ve beslenme, büyüme ve kilo alımını etkilemektedir (26). Bu bakımdan çocuk, veli ve öğretmenlerin proje sürecinden memnun oldukları belirtmeleri,

konuyu önemsediklerinin göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Etkinliklere çocukların aktif olarak katılımı, kendi ilgi alanlarında araştırma yapmaları, edindikleri bilgileri diğer arkadaşları ve şehir meydanında gerçekleştirilen etkinlikte toplumun diğer üyeleriyle paylaşmış olmaları, diş hekimi kontrolünün yapılması, çocukların işbirliği içinde çalışmalarını ve kendi ürünlerini yapıp sergilemeleri, aile bireylerinin süreç içine katılmaları ve çocuklardan yeni bilgiler öğrenmiş olmaktan etkilendikleri dikkat çekmiştir. Çalışma grubu sınıf öğretmeninin, 24 yıllık mesleki deneyiminde hiç karşılaşmadığı bir şekilde çocuklardan beklemediği bir performans gözlediği, Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı'ndan oldukça olumlu yönde etkilendiği dikkat çekmiştir. Çocuklar, birçok yetişkinin düşündüğü gibi bilgi ile doldurulması gereken boş bir levha değildirler. Daha küçük ve daha deneyimsiz olsalar bile, yetişkinlerin her şeyi bildiği, çocukların hiçbir şey bilmediği düşünülemez. Çocuklar insanlara karşı çoğu zaman utangaç davranmaktadırlar. Her birine zaman ve fırsat verildiğinde başkalarını tanır ve güvenli ilişkiler kurar, kolay iletişime girer ve birlikte çalışırlar. Oyunlar oynamak, daha rahat bir atmosfer oluşturmaya yardım eder. Hiçbir çocuk aynı değildir ve onlarla çalışmanın en iyi yolunu bulmak için onları tanımaya ihtiyaç vardır. Çocuklar kendilerini sözel olarak, oyunla, vücut dili ve yüz ifadeleriyle anlatırlar. En iyi yaparak öğrenirler. Öğretmenin anlamı "öğrenmeye yardım etmek" olduğunda daha iyi öğretmenler olunabilir (27). Okuldaki diğer sınıf öğretmenlerinin kendi sınıflarının çalışmaya dahil edilmemiş olmalarından rahatsız oldukları görülmüştür.

Odak grup görüşmesinde öğretmenlere Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı öğretimi modelinin özellikleri, yapılan çalışmanın küçük gruplarla daha başarılı olabileceği açıklanmış ve bu uygulamanın örnek teşkil etmesi temennisi dile getirilmiştir. Çalışma grubunu oluşturan çocuklarla yapılan Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı temelli öğretimi modeli örnek uygulamasının, okuldaki diğer

öğretmenlere benzer bir çalışmayı kendilerinin yapmaları için örnek oluşturması beklenmiş ise de, odak grup görüşmesinde çocuklarda davranış problemlerini çözmeye yönelik profesyonel bir destek beklemedikleri dikkat çekmiştir. Bu nedenle, Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı'nın nasıl uygulanacağı, ayrıca farklı eğitimsel yaklaşımlardan da haberdar olmasını sağlamak amacıyla öğretmenlere yönelik eğitsel bir etkinlik düzenlenebileceği sonucuna varılmıştır. Başarılı eğitim programlarının gerçekleştirilmesi, öğretmen motivasyonunun sağlanması ve ağız diş sağlığı hakkındaki bilgi seviyelerinin yükseltilmesiyle ilişkilidir (24).

Bu çalışmada, ağız diş sağlığı ve bakımı konusunda, çocukların yakın çevresini oluşturan arkadaşları, aile bireyleri ve toplumun diğer kesimleriyle bilgi paylaşımı ve farkındalık oluşturulması genel hedefine ulaşılması amaçlanmıştır. Özellikle şehir meydanında yapılan etkinlik hem yerel hem de ulusal basında dikkat çekmiş, hem okulun resmi sitesi hem de çeşitli haber sitelerinde yayınlanmıştır (28, 29, 30, 31, 32, 33). İnternet ortamındaki bu haber paylaşımı ile çalışmanın genel hedefine ulaşıldığı düşünülmektedir. Çocuklar, çok farklı yollarla sağlıkla ilgili fikirleri yayabilir ve başkalarına iyi uygulamaları öğretebilirler. Büyük çocuklar daha küçüklerle bakma, öğretme ve iyi bir örnek gösterme şeklinde yardım edebilir. Aynı yaşta çocuklara, bir şeyler yapmayı öğretme şeklinde yardım edebilirler. Sağlıkla ilgili mesajları iletebilir, aileleri ve toplumda sağlık hareketi oluşturabilirler. Bazen okulda öğrendikleri bir bilgiyi yayabilirler, bazen bebek için yeni bir oyuncak yapma gibi bir örnek uygulamayı öğretir, bazen de fikirleri yayma konusunda birlikte çalışabilir ve toplumda bir hareket oluşturabilirler (9).

Yapılan çalışmanın çocuk, aile, öğretmen, okul kurumu ve toplum açısından oldukça önemli kazanımlar sağladığı söylenebilir. Çocuktan Çocuğa Yaklaşımı'nda çocuklar yeni bilgi ve becerileri edinir ve ne yapacağını daha iyi anlarlar, ilgi duyduğu şeyleri öğrenmenin yanında eğlenirler (9).

Okul öncesi altı yaş grubu çocuklarla yapılan bir çalışmada da verilen beslenme eğitiminin ve Çocuktan Çocuğa Eğitim uygulamasının çocukların beslenme alışkanlıklarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (6).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocuktan Çocuğa Yaklaşım temelli eğitim yaklaşımının gerek uygulama sürecinden gerekse sonuçlarından çalışma grubundaki çocuklar, veliler ve öğretmenlerin kendilerine göre çıkarımlarda buldukları ve oldukça memnun oldukları belirlenmiştir. Bu çalışmada, çocuklar birbirleri ile işbirliği halinde çalışmış, araştırarak öğrenme konusunda önemli bir deneyim elde etmişlerdir. Her aşamada aktif rol aldıkları için etkili bir öğrenme gerçekleşmiş, sorumluluk almayı öğrenmiş, akranları ve yetişkinlerle ilişkilerini geliştirmiş, öğrendiklerini paylaşmanın hazzını yaşamış ve etkinliklerde öğrenirken eğlenmişlerdir. Öğretmen, çocukların farklı özelliklerini daha yakından tanıma fırsatı bulmuş, çocukların aktif katılımıyla daha kalıcı öğrenmelerinin sağlanacağını görmüş ve mesleki anlamda yeni kazanımlar edinmiştir. Veliler çocuklarının performansından etkilenmişler ve eğitime aile olarak katılımdan memnun olmuşlardır. Yapılan etkinliklerde, sınıf öğretmeni ve velilerin çocukların bireysel yeterliklerini görmeleri ile çocukların özgüvenlerinin gelişimine katkı sağlanmıştır.

Tüm bu sonuçlar çerçevesinde, özellikle diş sağlığının korunması konusunda Çocuktan Çocuğa Yaklaşım eğitim modeli uygulaması etkili olarak kullanılabilir bir yöntem olduğu söylenebilir. Unutulmamalıdır ki sağlık, her çocuğun eğitiminin çok önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Çocuklara kendi sağlıklarını korumak ve başkalarının sağlıklı olması ve sağlıklı kalmasına yardım edebilmek için daha fazla sorumluluk verilmelidir. Bu sayede hem çocukların aktif katılımı ile kendi kendine öğrenmeleri sağlanabilir hem de öğrendiklerini başta diğer çocuklar olmak üzere, anne-baba gibi yakın çevresi ve toplumdaki diğer bireylerle paylaşması sağlanabilir. Çocuk, veli ve öğretmen

işbirliğinin sağlanacağı ve tümünün aktif olarak katılabileceği faaliyetler planlanıp uygulanabilir.

Çocuktan Çocuğa Yaklaşım uygulamaları, okulun kendini geliştirmesine fırsat vereceği gibi eğitim uygulamalarına da yeni bir bakış açısı kazandıracaktır. Okul öncesinden itibaren eğitimin tüm kademelerinde normal gelişim gösteren veya özel eğitim gereksinimli çocukların aktif katılımının sağlanacağı Çocuktan Çocuğa Yaklaşım uygulamaları yürütülebilir. Bu konuda öncelikli olarak okul çalışanlarını bilgilendirilmesi, örnek uygulamalarda aktif rol almaları sağlanabilir. Çocuktan Çocuğa Yaklaşım temelli eğitimin model alındığı projeler geliştirilip uygulanabilir. Yalnızca sağlık değil, toplumun gereksinim duyduğu farklı konularda benzer çalışmalar yürütülebilir.

KAYNAKLAR

1. Temel Z.F, Kurtulmuş Z, Toran M. Çocuk işçiliği ile eğitim yoluyla mücadele, II. Uluslararası Katılımlı Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongresi (Sağlık, Gelişim ve Eğitimde Çocuk); 7-9 Ekim 2009, Ankara. 2009. ss. 159-165.
2. Temel Z.F (ed), Fazlıoğlu Y. Erken Çocukluk Eğitiminde Yaklaşımlar ve Programlar, ISBN:978-605-4551-29-3, Ankara-2012. ss. 229-258.
3. Pridmore P. Children's participation in development for school health, compare, A Journal of Comparative and International Education 2000; 30 (1): 103-113.
4. Farah I, Jaworski B (Eds.) Kassam-Khamis T, Bhutta S.M. Partnership in Educational Development: Affecting Schools Through a Health Education Initiative. Symposium Books, Oxford- 2006. pp: 2119-233.
5. Gibbs S, Mann G, Mather N. Child-to-Child A Practical Guide, Empowering Children as Active Citizens, ISBN:0-9542671-1-7. U. K. London-2002.
6. Ataman Ü. Yüksek Lisans Tezi; "Okulöncesi Beslenme Eğitiminde Çocuktan Çocuğa Eğitim" Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Nurhan Ünüsan. Konya-2009.
7. Senemoğlu N. Gelişim, Öğrenme ve Öğretim: Kuramdan Uygulamaya. ISBN: 978-605-352-678-0. Ankara-2007.
8. Diken I.H (ed), Erdiller Z.B. Erken Çocukluk Eğitimi, Erken Çocukluk Eğitiminde Temel Kuram ve Yaklaşımlar, ISBN: 978-605-364-096-7, Ankara-2010. ss. 56-90.
9. Bailey D, Hawes H, Bonati G (Eds.) Child-To-Child, A Resource Book-Part 1: Implementing the Child-to-Child Approach. 2nd Edition. British Library, London-1994. http://www.asksources.info/pdf/20848_c2cresbkpartone_1994.pdf, Erişim Tarihi: 11.09.2014.
10. Özyürek A, Yavuz N.F, Çınar M. Çocuktan çocuğa yaklaşımı ile "ağız ve diş sağlığı eğitimi, Uluslararası Hakemli Beşeri ve Akademik Bilimler Dergisi-UHBBAB 2015; 4 (13): 28-42.
11. Mwebi B.M. Teaching HIV/AIDS through a child-to-child approach: a teacher's perspective, Canadian Journal of Education 2012; 35 (3): 117-132.
12. Hawes H. Child to Child Another Path to Learning, Unesco Institute for Education. ISBN: 92820 1049 X, Federal Republic of Germany-1988.
13. HDRC. Helpers Report: Child to Child Approaches, HDRC DFID Human Development Resource Centre, UK aid from the Department for International Development. UK-2012.

14. Lamarine R.J. International Quarterly of Community Health Education, 1985-1986; 6 (1). <http://baywood.metapress.com/app/home/contribution.asp?refer=parent&backto=issue,6,6;journal,114,132;linkingpublicationresults>, Erişim Tarihi: 02.11.2014.
15. Batak, F. Yüksek Lisans Tezi; "Okul Öncesi Dönem Çocuğunda Çocuktan Çocuğa Eğitim" Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entstitüsü, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Nurgün Platin. Ankara-1997.
16. Freeman R, Bunting G. A child-to-child approach to promoting healthier snacking in primary school children: A randomised trial in Northern Ireland, Health Education 2003; 103 (1): 17-27,
17. Kadzo Kitsao P, Waudo J.N. Health education at kitooniprimary school, machakos district, kenya with reference to the child-to-child approach: An ethnographic study, The South African Journal of Clinical Nutrition, 2002; 15 (2): 26-30.
18. Fryer M.L. Health education through interactive radio: A child-to-child project in Bolivia, Environmental & Occupational Health. 1991 <http://heb.sagepub.com/content/18/1/65.short>, Erişim Tarihi: 03.11.2014.
19. Mahr J, Wuestefeld M, Ten Haaf J, Krawinkel M.B. Nutrition education for illiterate children in Suthern Madagaskar-addressing their needs, perception and capabilities, Public Health Nutrition 2005; 8 (4): 366-372.
20. Keyman F. Sivil Toplum Kuruluşları ve Türkiye. İstanbul Bilgi Üniversitesi, Sivil Toplum Kuruluşları Araştırma Birimi, Sivil Toplum ve Demokrasi Konferans Yazıları, No:4. İstanbul-2004.
21. Öztunç H, Haytaç M.C, Özmeriç N, Uzel B. Adana İlinde 6-11 yaş grubu çocukların ağız ve diş sağlığı durumlarının değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2000; 17 (2): 1-6.
22. Özyürek A, Cinar M, Yavuz N.F, Bektaş M, Çetin A. Investigation of the Relationship Between the Oral Health Knowledge and the Practice of the Elementary School Students and Their Mothers, ERPA International Congresses on Education, 4-7 June 2015, Athens/Greece. p.198. https://www.erpacongress.com/upload/dosya/erpa_2015_book-of-abstracts_1559d8f3a909f9.pdf Erişim Tarihi: 10.12.2015.
23. Çokluk Ö, Yılmaz K, Oğuz E. Nitel bir görüşme yöntemi: Odak grup görüşmesi, Kuramsal Eğitimbilim 2011; 4 (1), 95-107.
24. Boran Z. Bitirme Tezi; "11-12 Yaş Çocuklarında Ağız ve Diş Sağlığı Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi" Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Ece Eden. İzmir-2009.
25. Çavuş Z.S. Yüksek Lisans Tezi; "Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Ağız ve Diş Sağlığına Aile Tutumlarının ve Beslenme Alışkanlıklarının Etkisinin İncelenmesi" Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İlköğretim Okul Öncesi Öğretmenliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Yasemin Aydoğan. Bolu-2010.
26. Tezel A. Yüksek Lisans Tezi; "Erzurum İli İlkokul 4.Sınıf ve 5.Sınıf Çocuklarının Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Tutum ve Davranış Düzeylerinin Araştırılması" Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Talat Ezmeci. Erzurum-1995.
27. Bonati G. Involving Children in Disaster Risk Reduction, Using the Child-to Child Approach to Increase Children's Participation in Disaster Risk Reduction Programmes (A Short Guide). Bonati-child to child-Handbook.pdf. www.child-to-child.org/, Erişim Tarihi: 06.06.2014.
28. http://www.karabuk.edu.tr/etk_detail.asp?etkinlikID=1446, Erişim Tarihi: 23.08.2014.
29. http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/78/05/715011/iceri-kler/cocuktan-ogren-dis-bakimini_1229854_gorme_engelli.html, Erişim Tarihi: 23.08.2014.
30. <http://www.milliyet.com.tr/cocuktan-ogren-dis-bakimini-karabuk-yerelhaber-213817/> Erişim Tarihi: 23.08.2014.
31. <http://safranbolubaglar.meb.k12.tr/>, Erişim Tarihi: 23.08.2014.
32. <http://turkishvoice.org/haber/yerele/E2%80%98cocuktan-ogren-dis-bakimini%E2%80%99/15180.html>, Erişim Tarihi: 23.08.2014.
33. <http://www.yurtgundemi.com/cocuktan-ogren-dis-bakimini-haberi-6654599.htm>, Erişim Tarihi: 23.08.2014.

YAŞLILARDA YALNIZLIK ALGISI VE YAŞAM DOYUMU

THE PERCEPTION OF LONELINESS AND LIFE SATISFACTION AT OLDER PEOPLE

Saime EROL¹, Ayşe SEZER², Fatma Nevin ŞİŞMAN³, Selma ÖZTÜRK⁴

ÖZET

Yaşlı nüfusun artması, yaşam süresinin uzaması ve sosyo-demografik yapıdaki değişiklikler yaşlı bireylerin yaşam alanlarını, yalnızlık ve yaşam doyumlarını etkilemiştir. Bu tanımlayıcı araştırma kırsal ve kentsel alanda yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin yalnızlık algısı, yaşam doyumunu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırma grubunu 210 yaşlı birey oluşturdu (Bartın ili merkezine bağlı beş köyde yaşayan 70 yaşlı birey, Kocaeli ilinde bir Aile Sağlığı Merkezine başvuran 140 yaşlı birey). Veriler Sosyo-demografik Özellikleri Tanılama Formu, Yaşam Doyum Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği, Standardize Mini Mental Test kullanılarak toplandı. Verilerin istatistiksel analizi T testi, Mann-Whitney U, Kruskal-wallis testi ile yapıldı. Araştırmaya katılan yaşlıların %33,3'ü kırdaki, %67,7'si kentte yaşamaktadır. Kırdaki yaşayanların %57,1'i kadın, %42,9'u erkektir ve %44,3'ü 70-74 yaş arasındadır.

Kentte yaşayan yaşlıların ise %40'ı kadın, %60'ı erkektir ve %40'ı 65-69 yaş grubundadır. Kırdaki yaşayan bireylerin Yaşam Doyumu Ölçeği puan ortalaması (25,32±5,54) ile kentte yaşayanların puan ortalamaları (20,60±6,10) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,00). Kentte yaşayanların yalnızlık puan ortalaması (50,63±2,84) ile kırdaki yaşayanların yalnızlık puan ortalaması (49,70±3,49) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Bireylerin kronik hastalık, yardımcı araç kullanımı, çocuk sayısı ile yaşam doyumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05).

Kırdaki yaşayan bireylerin yaşam doyumunu puanları kentte yaşayanlardan daha yüksek bulundu, kentte yaşayan bireylerin yalnızlık algısı kırdaki yaşayanlardan daha yüksek bulundu.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Yalnızlık Algısı, Yaşam Doyumu.

ABSTRACT

Increasing population of older peoples, prolongation of life time, changes in socio-demographic structure effect on older people's life areas, loneliness and life satisfaction. This descriptive research has been performed to determine perception of loneliness, life satisfaction and influencing factors at individuals who aged 65 and over, who lives in rural and urban areas. The subject for the research were 210 elderly people (70 elderly individuals living in five villages in Bartın, 140 elderly individuals who admitted to a Family Health Center in Kocaeli). Data collected by using Sociodemographic Features Diagnostic Forms, Life Satisfaction Scale, UCLA Loneliness Scale, Standardized Mini Mental Test. T test, Mann-Whitney U test, Kruskal-wallis test used for statistical analysis of data. 33.3% of the people who joined research are lives at the rural area and 67.7% of lives at urban area. 57.1% of women living in rural areas, 42.9% was man. 44.3% of them between 70-74 ages. 40% of women living urban area and 60% was man. 40% of them between 65-69 ages. Statistically significant difference was found between average Life Satisfaction Scale mean score with living rural (25.32±5.54) and urban area (20.60±6.10) (p<0.00).

Statistically significant difference was found between UCLA loneliness score with living rural (49.7±3.49) and urban area (50.63±2.84) (p<0.05). Statistically significant difference was found between chronic diseases, use of assistive devices, number of child with life satisfaction score (p<0.05). It found that life satisfaction score of individuals in rural areas is higher than score of individuals in urban areas life. Individual perception of loneliness in urban areas was higher than living in rural areas.

Keywords: Old Age, Loneliness, Life Satisfaction.

*Bu çalışma 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Doç. Dr. Saime Erol, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü.

² Arş. Gör. Ayşe Sezer, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü.

³ Arş. Gör. Dr. Fatma Nevin Şişman, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü.

⁴ Hemşire Selma Öztürk, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi.

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada ve ülkemizde yaşam standartlarının yükselmesi, geriatri alanındaki ilerlemeler ve ölüm oranlarının azalması ile yaşlı nüfus artmıştır. En son verilere göre Türkiye’de 65 yaş ve üzeri bireylerin %8’i il merkezlerinde, %9’u ilçe merkezlerinde,%12’si köylerde yaşamaktadır (1). Kırsal ve kentsel alanda yaşayan yaşlı bireyler toplumdaki sosyo-demografik ve yaşam biçimi değişimleri ile yalnız kalmış, sürekli değişen ve dönüşen kent yapısına tek başına uyum sağlamaya çalışmak zorunda kalmıştır. Bu durum yaşlı bireyler için fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik sorunları beraberinde getirmiştir (2). Oysaki ilerleyen yaş ile birlikte meydana gelen fiziksel fonksiyonlarda azalma ve gerilemeler yaşlının bağımlı hale gelmesine, ekonomik ve fiziksel anlamda yakınlarına daha fazla ihtiyaç duymasına neden olmaktadır (3).

Birçok toplumda yaşlıların çoğu yalnızlık ve terk edilmişlikten yakınmaktadır (4). Yalnızlık, bireyin yaşamını olumsuz etkileyen bir duygu durumudur. Yalnızlık duygusu bireyin yaşamının amaçsız ve gereksiz olduğunu düşünmesine, boşluk, kimsesizlik ve terk edilmişlik duygusu yaşamasına yol açabilmektedir (5).Yaşlılık döneminde yalnızlık sorununun bireysel nedenleri arasında sosyal ilişkilere girememe, utangaçlık ve sağlık problemleri vardır. Çevresel nedenleri arasında ise yetersiz sosyal, kültürel ve ekonomik koşullar vardır. Yaşlı bireyler için sosyal etkileşimleri oldukça önemlidir. Sosyal ilişkiler, duygusal bağlılık veya sosyal bağların olmadığı durumlarda yalnızlık duygusu daha fazla yaşanmaktadır (4). Dolayısıyla, yaşlıların yaşadığı yalnızlık duygusu, onların yaşamdan sağladıkları doyumları olumsuz yönde etkileyebilir. Yaşam doyumu, bireyin yaşama dair beklentileri ve bunları karşılama düzeyleri ile ortaya çıkan durumdur (6). Yaşam doyumunu etkileyen faktörler arasında pozitif kişilik özelliği, fiziksel iyilik hali, sosyal ilişkiler, ekonomik güç, güvende olma, hedef ve amaçlarına ulaşma yaşama

yüklenen anlam ve yaşamdan memnun olma yer almaktadır (7).

Yaşlılıkta yaşam doyumu bireyin ruh sağlığını etkilediği için oldukça önemlidir. Ruhsal açıdan sağlıklı olan yaşlı birey toplumla ilişkilerini devam ettirebilir, sağlıklı yaşlanır, daha uzun yaşar ve toplum için yük oluşturmaz. Yaşam doyumu düzeyinin düşüklüğü, sosyal ilişkileri, zihinsel ve fiziksel sağlığını olumsuz yönde etkiler. Kendilerini değersiz, işlevlerini yitirmiş ve güçsüz hisseden bireylerin de yaşam doyumları düşebilir (7, 8, 9).

Yaşanılan kırsal ve kentsel alanların yaşlı bireylerin yaşam doyumu ve yalnızlığı üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir (10). Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun büyük bölümü kentsel alanda yaşarken, gelişmekte olan ülkelerde nüfusun yarısından fazlası kırsal yaşamaktadır. Kırsal bölgede yaşayan yaşlıların geleneksel geniş aile içinde yaşamlarını sürdürmeleri, sosyal, ekonomik ve bakım ile ilgi daha az sorun yaşamalarını sağlamaktadır. Ancak kentsel alanda geleneksel aile yapısından çekirdek aile yapısına geçiş, göç, kadınların çalışma yaşamına katılımı yaşlı nüfus için öncelikle bakım sorunu olmak üzere birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Kentsel alanda yaşayan yaşlılarda bakım sorunlarının yanı sıra, sosyal destek yetersizliği, yalnızlık ve saygınlık kaybı bu konuda yaşanan en önemli sorunlardır (11).

Yaşlı sağlığın geliştirilmesi, yaşam kalitesi ve doyumunun artırılması için yalnızlık, yaşam doyumu gibi sağlığın psiko-sosyal belirleyicilerinin değerlendirilmesi gerekir. Bu değerlendirmeye paralel olarak hemşireler, yalnızlığın azaltılması ve yaşam doyumunun artırılmasına yönelik uygun girişimleri planlayarak uygulayabilirler.

Bu araştırma kırsal ve kentsel alanda yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlıların yalnızlık algısı ve yaşam doyumunu değerlendirmek ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı araştırma tasarımı ile yürütülen bu çalışma 25.12.2014 – 01.05.2015 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışma popülasyonunu 65 yaş ve üzerinde olan, araştırmaya katılmayı kabul eden, Standardize Mini Mental Test Puanı (SMMT) 22 puan üzeri olan, kırsal alanda Bartın ili merkezine bağlı beş köyde yaşayan (70), kentsel alanda ise Kocaeli ili Derince ilçesine bağlı bir Aile Sağlığı Merkezine başvuran (140) yaşlı birey oluşturmaktadır (n=210).

Veri Toplama Araçları

Sosyo Demografik Özellikleri Tanılama Formu

Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, gibi bireysel özelliklerin yanı sıra eğitim durumu, sosyal güvence gibi sosyo-demografik özellikleri içeren 16 soru sorulmuştur.

Yaşam Doyumu Ölçeği

Diener ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilen Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) bireylerin yaşamlarından aldıkları doyumunu belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, 7'li likert tipte olup, (kesinlikle katılmıyorum=1 puan, Kesinlikle katılıyorum=7 puan) 5 maddeden oluşmaktadır. Ölçek Yetim (1993) tarafından Türk diline uyarlanmıştır. Ölçeğin cronbach alpha güvenirlik katsayısı=.86 olarak bulunmuştur (12, 13). Yaşam Doyumu Ölçeği'nden alınabilecek en yüksek puan 35, en düşük puan ise 5'tir. Ölçekten alınan puanın düşük olması yaşam doyumunun düşük olduğunu gösterir.

University of California Los Angeles (UCLA) Yalnızlık Ölçeği

UCLA Yalnızlık Ölçeği, Russel, Peplau ve Ferguson (1978) tarafından geliştirilen ölçek, 4'lü likert tipte olup (Hiç yaşamam=1

puan, sık sık yaşarım=4 puan) 20 maddeden oluşmaktadır. Demir (1989) tarafından Türk diline uyarlanan ölçekten alınacak en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20'dir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması yalnızlık düzeyinin yüksek olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir (14, 15).

Eğitilmiş ve Eğitimsizlerde Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Testi (SMMT): Bu ölçek Folstein ve arkadaşları tarafından bilişsel yetersizlikleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık olup, 11 maddeden oluşmaktadır (16). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Güngen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (17). Ölçeğin güvenilir incelemesinde kappa değeri 0,92 olarak bulunmuştur. Bu test 30 puan üzerinden değerlendirilmekte olup, 25-30 arası "normal", 24-19 arası "hafif yıkım", 19'un altında puan olası "demans" olarak tanımlanır.

Veri Analizi

Veriler SPSS 18.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiş, istatistiksel analizinde, sayı (n), yüzde (%), bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney-U testi ve Kruskal-wallis testi kullanılmıştır.

Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacılar tarafından araştırmaya katılmak için gönüllü olan bireyler ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma öncesi Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay, Aile Sağlığı Merkezinden kurum izni, çalışmaya katılan yaşlılardan yazılı onam alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan yaşlıların %33,3'ü kırdadır, %67,7'si kentte yaşamaktadır.

Kırdadır yaşayan yaşlıların %57,1' i kadın, %42,9'u erkektir ve %34,3'ü 65-69 yaş arası, %44,3'ü 70-74 yaş arasıdır. Yüzde %68,6'sı ilköğretim mezunu, olup %64,3'ü evlidir. Yüzde 60'ının 4 ve üzeri sayıda çocuğu vardır. Bu %24,3'ü eşi ve çocukları ile, %20'si ise yalnız yaşamaktadır. Yüzde %27,1'i her gün, %22,9'u haftada bir gün akrabaları ile görüşmektedir.

Kentte yaşayan yaşlıların ise %40'ı kadın, %60'ı erkektir ve %40'ı 65-69 yaş, %26,4'ü 70-74 yaş grubundadır. Yüzde 12,9'u okuyamaz değil, %60,7'si ilköğretim mezunu, %70,7'si evli ve %55'i 1-3 çocuğa sahiptir. Bu yaşlıların %60'ı eşiyle, %7,1'i ise yalnız yaşamaktadır. Yüzde 18,6'sı her gün ve %30,7'si de haftada bir gün akrabaları ile görüşmektedir.

Araştırma kapsamında kırdadır ve kentte yaşayan bireylerin sağlık durumları incelendiğinde; kırdadır yaşayanların %62,9'unun, kentte yaşayanların %25,7'sinin kronik hastalığı vardır. Kırdadır yaşayanların %47,1'i kentte yaşayanların %88,6'sı ilaç kullanmaktadır.

Kırdadır yaşayanların %48,6'sı kentte yaşayanların %75,7'si yardımcı araç kullanmaktadır. Kırdadır yaşayanların %40'ı, kentte yaşayanların %39,3'ü kendi sağlıklarını iyi olarak algılamaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırma Grubundaki Yaşlıların Sosyo Demografik Özellikleri (n=210)

Değişkenler		Kır (n=70)		Kent (n=140)	
		Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	40	57.1	56	40.0
	Erkek	30	42.9	84	60.0
Yaş grupları	65-69 yaş	24	34.3	56	40.0
	70-74 yaş	31	44.3	37	26.4
	75 yaş ve üzeri	15	21.4	47	33.6
Eğitim durumu	Okuyamaz değil	10	14.3	18	12.9
	Okuyamaz- ilköğretim	48	68.6	85	60.7
	Ortaöğretim	12	17.1	37	26.4
Medeni durum	Evli	45	64.3	99	70.7
	Bekar/Dul	25	35.8	41	29.3
Çocuk sayısı	0 çocuk	3	4.3	3	2.1
	1-3çocuk	25	35.7	77	55.0
	4 ve üzeri	42	60.0	60	42.9
Kiminle Yaşıyor	Eşiyle	39	55.7	84	60.0
	Eş ve çocuk	17	24.3	46	32.9
	Yalnız	14	20.0	10	7.1
Akraba ile	Hiç	9	12.9	14	10.0
	Her gün	19	27.1	26	18.6
Görüşme Sıklığı	Haftada bir	16	22.9	43	30.7
	Ayda bir	26	37.1	57	40.7
Kronik Hastalık	Var	44	62.9	36	25.7
	Yok	26	37.1	104	74.3
İlaç Kullanımı	Kullanıyor	33	47.1	124	88.6
	Kullanmıyor	37	52.9	16	11.4
Yardımcı Cihaz	Kullanıyor	34	48.6	106	75.7
	Kullanmıyor	36	51.4	34	24.3
Sağlığı Algılama	Kötü	5	7.1	28	20.0
	Orta	29	41.5	46	32.9
	İyi	28	40.0	55	39.2
	Çok İyi	8	11.4	11	7.9

Araştırma kapsamına kırdadır yaşayanların YDÖ puan ortalamaları (25.32±5.54), kentte yaşayanların YDÖ puan ortalamalarından (20.60±6.10) istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur (t=5.44; p=0.00) (Tablo 2). Farklı olarak Aydın (2010) çalışmasında kentte yaşayan yaşlıların YDÖ puan ortalamaları kırdadır yaşayan bireylerden daha yüksek bulunmuştur (20). Öner (2014)'in yaptığı çalışmada ise kır ve kentte yaşayanların YDÖ puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (21). Kentte yaşayan bireylerin yaşam doyumu puanlarının daha düşük olmasının sebebi olarak kentsel

tasarımların, dış mekan ve yapıların uygun tasarlanmaması, temiz bir çevreden yoksun ve gürültülü bir ortamda yaşamaları gösterilebilir.

Kentte yaşayan bireylerin UCLA yalnızlık ölçeği puan ortalamaları (49.70 ± 3.49), kırdaki yaşayan bireylerin puan ortalamasından (50.63 ± 2.84) istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur ($t = -2.07$, $p = 0.03$). (Tablo 2). Gün (2006)'ün Ankara'da yaptığı çalışmada da kentte yaşayan bireylerin yalnızlık puanı daha yüksek bulunmuştur (18). Savikko ve ark. (2005) çalışmasında ise kırdaki yaşayan yaşlıların yalnızlık puan ortalamaları kentte yaşayanlardan daha yüksek bulunmuştur (19). Bu çalışmada kentte yaşayan yaşlıların daha fazla yalnızlık hissetmesinin sebebi olarak kent yaşamının resmi veya resmi olmayan ilişkileri, yaşam koşulları, daha karmaşık olması, kalabalıktan ilişkilerin mesafeli olması düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan tüm yaşlı bireylerin YDÖ puan ortalamaları ile bağımsız değişkenler karşılaştırılmıştır.

Kronik hastalığı olmayanların YDÖ puan ortalamaları ile (24.03 ± 6.49) kronik hastalığı olanların (21.03 ± 5.95) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t = 3.42$; $p = 0.00$). İlaç kullanmayanların YDÖ puan ortalaması (25.94 ± 4.95) ile ilaç kullananların YDÖ puan ortalaması (20.91 ± 6.23) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t = 5.33$; $p = 0.00$). Yardımcı cihaz kullanmayanların YDÖ puan ortalaması (23.90 ± 6.64) ile yardımcı cihaz kullananların puan ortalamaları (21.32 ± 5.99) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($t = 2.83$; $p = 0.00$) (Tablo 2).

Ayrıca hiç çocuğu olmayanların YDÖ puan ortalamaları (27.16 ± 3.54), 1-3 çocuğu olan (20.92 ± 6.37) ve 4 ve üzeri sayıda çocuğu olanlardan (22.85 ± 6.88) istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur ($kwx2 = 7.06$; $p = 0.02$) (Tablo 2).

Yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, akrabalarla görüşme sıklığı ile YDÖ puan

ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 2).

Araştırma kapsamına alınan tüm yaşlı bireylerin UCLA yalnızlık ölçeği puan ortalamaları ile bağımsız değişkenler karşılaştırılmıştır (Tablo 2). Cinsiyet ile UCLA yalnızlık ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bu sonuca benzer olarak Akgün (2003) çalışmasında cinsiyet ile yalnızlık ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (22). Hazer ve ark (2010) çalışmasında ise erkeklerin daha fazla yalnızlık hissettiği saptanmıştır (23). Bu sonuçlar cinsiyetlere göre yalnızlık duygusunun farklı gruplarda değişken olduğunu gösterebilir.

Kronik hastalık durumu ile yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakla beraber kronik hastalığı olanların yalnızlık puanları daha yüksek bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 2). Bu çalışma paralelinde Kayseri'de yapılan bir çalışmada kronik hastalığa sahip bireylerin yalnızlık puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (24). Yapılan benzer bir çalışmada, kronik hastalığa sahip olma durumu ile yalnızlık puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (22). Bu çalışmadan elde edilen sonuç literatürle paralellik göstermemektedir.

Yaş ile yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 2). Elde edilen sonuç literatürle paralellik göstermektedir. Akgün (2003) ve Ceyhan (2005) yapmış olduğu bir çalışmada yaşa göre yalnızlık puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (22, 24).

Yaşlıların çocuk sayıları ile yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamakla beraber çocuğu olmayanların yalnızlık puanı diğer gruptan daha yüksek bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 2). Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada çocuk sahibi olmayan bireylerin yalnızlık puan

ortancaları yüksek bulunmuştur (24). Çocuk sahibi olup olmamanın ve yaşam şeklinin doğrudan yalnızlık düzeyi üzerinde etkili olmadığı, ancak yaşlı bireylerin sosyal ilişkilerinin yalnızlık hissini etkileyebileceği belirtilmektedir (25).

Yaşlıların medeni durumu ile yalnızlık puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 2). Bu sonuca benzer olarak Hazer (2010) çalışmasında yaşlıların medeni durumu ile yalnızlık puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (23). Bu sonuçtan farklı olarak Ceyhan (2005) çalışmasında dul olan bireylerin yalnızlık puan ortancaları evli olan bireylere göre yüksek olup, farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (26). Yaşlı bireylerde yalnızlık hissini en sevdiği yakını kaybetmesi zaman ortaya çıktığı, çoğu zaman eşin kaybıyla bağlantılı olarak geliştiği, eşlerden birinin öldüğü zaman diğerinin yoğun yalnızlık hissettiği bilinmektedir (26, 27). Bu nedenle dul ve bekarların kendilerini daha çok yalnız hissedebilecekleri gözlemlenmiştir. Bu çalışma sonucu literatürle paralellik göstermemektedir.

Yaşlıların kiminle yaşadıkları ile yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakla beraber yalnız eşiyse beraber yaşayanların yalnızlık puanı yüksek bulundu ($p>0.05$) (Tablo 2). Hazer (2010) çalışmasında benzer olarak kiminle yaşadıkları ile yalnızlık puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (23). Yaşın ilerlemesiyle birlikte yalnız, bağımsız yaşama oranının azaldığı, oğlu-kızı veya yakınları ile yaşama oranının arttığı, yaşlıların yakınları ile birlikte yaşadıkları zaman kendilerini güvende hissettikleri sevgi ve saygı gördükleri ortamda doyum sağladıkları ve yalnızlık hissetmedikleri söylenebilir.

Çalışma sonunda kronik hastalığı olmayanların yaşam doyumu puanları, kronik hastalığı olanlardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 2). Altıparmak (2009)

çalışmasında kronik hastalığı olmayanların yaşam doyumu puanları olanlardan daha yüksek bulunmuştur (28). Aydın (2010) ve Karadelioglu (2011) çalışmalarında benzer sonuçlar bulunmuştur. Bu sonuçlardan kronik hastalık varlığının bireylerin yaşam doyumunu etkilediği söylenebilir (20, 29).

İlaç kullanmayan yaşlıların yaşam doyumu puan ortalaması, ilaç kullanan yaşlılardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 2). Arslantaş ve ark (2006) ile Kılıçoğlu ve ark. (2005) çalışmasında yaşlılarda uzun süreli ilaç kullananların yaşam kalitesi düşük bulunmuştur (30, 31). Dönmez'in (2010) yaptığı çalışmada ise yaşlı bireylerin kullandıkları ilaç sayısı arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğü saptanmıştır (32).

Yardımcı cihaz kullanmayanların yaşam doyumu puan ortalaması yardımcı cihaz kullanan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2). Ancak literatürde bu sonucu karşılaştırabilecek başka bir çalışmaya ulaşılamadı.

Bu çalışmada çocuğu olmayanların yaşam doyumu puanları, çocuğu olanlardan daha istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2). Kültürümüzde ana baba ve yetişkin çocuklar arası dostça, sevgiye dayalı ilişkiler ana babaya destek sağlama konusunda motive edici bir öge olarak kabul edilmektedir. Aynı zamanda çocuklar sosyal güvence olarak algılanmakta, destek olarak kabul edilmekte ve buna paralel olarak çocuklardan bu beklentileri karşılamaları istenebilmektedir (33). Kaçan Softa ve ark. (2015) çalışmasında yaşlıların yaşam doyumları çocuk sayısı bir olanların, çocuk sayısı 2 ve üzeri olanlardan yüksek bulunmuştur (34). Bu sonuçlar çocuk sayısındaki artış ve ailenin çocuklardan beklentilerinin karşılanamaması nedeniyle çocuğu olmayan ya da az sayıda çocuğu olan ailelerin yaşam doyumunun daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada yalnız yaşayanların yaşam doyumu puanları diğer gruplardan daha yüksek saptanmıştır (Tablo 2). Öner' in yaptığı bir çalışmada yalnız, eşiyle, çocuğuyla, eşi-çocuğuyla yaşama ile yaşlı bireylerde yaşam doyum ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır (21). Bu çalışmada yalnız yaşayanların yaşam doyumu puanlarının diğerlerinden daha yüksek bulunması, çocukların evlendikten sonra ilgilenmesi gerektikleri eş ve çocuklarının olması ile beraber yaşlı anne ve babalarına daha az ilgi göstermek zorunda kalmasının sebep olduğu söylenebilir.

Kadınların yaşam doyumu puan ortalamaları ile erkeklerin puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 2). Yapılan bir araştırmada erkeklerin yaşam doyumu puanı kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur (35). Geleneksel Türk aile yapısında kadınların aile içinde üstlendikleri görevler nedeniyle yaşam doyumu puanlarının erkeklere oranla daha düşük olacağı düşünülmektedir. Ancak bu çalışmada kadın erkek cinsiyet farkı yaşam doyumunu etkilemediği görülmüştür (36).

Yaş gruplarıyla yaşam doyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 2). Aydın (2010) çalışmasında yaş ile yaşam doyumu arasında fark saptanmamıştır. Altıparmak (2009) çalışmasında yaşlılarda yaş grupları ile yaşam doyumları arasında

fark bulunmamıştır (20, 28). Kaçan Softa ve ark. (2015) çalışmasında yaş grupları ile yaşam doyumları arasında fark bulunmamıştır (34). Konu ile ilgili yurtdışı çalışmalarda ise yaş ile yaşam doyumu arasında anlamlı fark bulunmuştur (37, 38).

Bu çalışmada eğitim durumu ile yaşam doyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 2). Aydın (2010) çalışmasında benzer olarak eğitim ile yaşam doyumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (20).

Bu çalışmada medeni durum ile yaşam doyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 2). Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda, evli olanların yaşam doyumu daha yüksek bulunmuştur (28, 36). Çalışmalarda farklılık görülmesi çalışmanın yapıldığı yer ve bireylerin hayata bakışının farklı olması ile ilişkilendirilebilir.

Akrabalarla görüşme sıklığı ile yaşam doyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 2). Öner (2014) ve Aydın (2010) çalışmasında yaşlı bireylerin akrabaları ile görüşme sıklığı ile yaşam doyum ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır (20, 21).

Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Bağımsız Değişkenlere Göre UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Yaşam Doyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=210)

Değişkenler		Yalnızlık Puanı		Yaşam doyumu Puanı	
		Ort±ss		Ort±ss	
Yaşadığı Yer	Kır	49.70±3.49	t=-2.07	25.32±5.54	t=5.44
	Kent	50.63±2.84	p=0.03	20.60±6.10	p=0.00
Cinsiyet	Kadın	50.57±3.20	t=1.06	22.23±6.29	t=0.12
	Erkek	50.11±3.01	p=0.28	22.13±6.36	p=0.90
Yaş Grupları	65-69 yaş	49.88±3.15	kwx ² =0.90 p=0.63	22.27±5.88	kwx ² =1.09 p=0.57
	70-74 yaş	50.64±3.27		22.64±6.54	
	75-ve üzeri	50.53±2.82		21.54±6.65	
Çocuk Sayısı	0 çocuk	50.50±1.37	kwx ² =0.15 p=0.92	27.16±3.54	kwx ² =11.30 p=0.00
	1-3	50.24±3.15		20.92±6.37	
	4 ve üzeri	50.39±3.13		23.14±6.11	
Eğitim	Okuryazar değil	51.14±3.57	kwx ² =0.85 p=0.65	22.85±6.88	kwx ² =1.02 p=0.59
	Okuryazar - ilkökul	50.21±3.04		22.39±5.92	
	Ortaöğretim	50.14±2.95		21.22±7.03	
Medeni Durum	Evli	50.36±2.87	Z=0.78	22.49±6.25	Z=1.02
	Bekâr/Dul	50.24±3.57	p=0.43	21.50±6.46	p=0.30
Aylık Gelir Durumu	300-800	49.33±3.08	kwx ² =4.35p=0.36	21.00±6.60	kwx ² =11.3 p=0.02
	801-1200	50.44±3.07		22.11±6.37	
	1201 ve üzeri	50.23±3.51		24.92±4.46	
Kiminle Yaşadığı	Yalnız	50.12±3.22	kwx ² =1.57 p=0.45	23.29±6.34	kwx ² =6.10 p=0.04
	Eşle	50.47±2.82		22.78±6.21	
	Eş ve çocukla	50.09±3.56		20.58±6.32	
Akraba ile Görüşme Sıklığı	Hiç	49.13±3.36	kwx ² =4.02 p=0.25	23.26±5.67	kwx ² =6.27 p=0.09
	Her gün	50.04±3.66		23.64±5.75	
	Haftada bir	50.62±3.05		22.71±5.73	
	Ayda bir	50.59±2.66		20.71±6.94	
Kronik hastalık	Var	50.54±3.10	Z=1.72	21.03±5.95	Z=3.77
	Yok	49.96±3.09	p=0.08	24.03±6.49	p=0.00
İlaç Kullanımı	Kullanıyor	50.41±3.17	t=0.72	20.91±6.23	t=5.33
	Kullanmıyor	50.05±2.89	p=0.47	25.94±4.95	p=0.00
Yardımcı Cihaz	Kullanıyor	50.36±3.26	t=0.26	21.32±5.99	t=2.83
	Kullanmıyor	50.24±2.76	p=0.79	23.90±6.64	p=0.00

kwx²=Kruskal Wallis Test, Z= Mann Whitney U testi

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonunda; UCLA yalnızlık ölçeğine göre hesaplanan yalnızlık puanları kentte yaşayan yaşlılarda kırdaki yaşayanlara göre daha yüksek olduğu, yaşam doyumu puanlarının ise kırdaki yaşayan yaşlılarda kentte yaşayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yaşam doyum puanının; kronik hastalığı olmayan, yardımcı cihaz kullanmayan ve çocuğu olmayan yaşlılarda daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Kronik hastalık ve yardımcı cihaz kullanımının yaşam doyumunu olumsuz etkilemesi nedeniyle hemşirelerin bu bireylere sağlık eğitimi ve danışmanlık ile destek olması önerilir. Ayrıca yaşlılarda yalnızlık ve yaşam doyumunu duygusuna yönelik saha araştırmalarının sınırlı olduğu için bu konuda daha kapsamlı araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. TUİK (2013) <http://www.tuik.gov.tr/prehaberbultenleri.do?Id=13466> (Erişim Tarihi:19.04.2015).
2. Köse N, Erkan NÇ. Kentsel mekan örgütlenmesinin yaşlıların kentsel etkinlikleri üzerindeki etkisi. METU JFA 2014; 31(1): 39-66.
3. Konak A, Çiğdem Y. Yaşlılık olgusu huzurevi örneği. CÜ Sosyal Bilimler Dergisi 2005; 29(1): 23-63.
4. Danış MZ. Yaşlılık yoksulluk ve yalnızlık. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal-boyut/yaslilik-yoksuluk_yanlizlik.pdf (Erişim Tarihi: 07.11.2014).
5. Yılmaz E, Altınok V. Okul yöneticilerinin yalnızlık ve yaşam doyum düzeylerinin incelenmesi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi 2009; 15(59): 451-469.
6. Recepoğlu E. Analyzing the relationship between prospective teachers 'life satisfaction and attitudes concerning teaching profession. H.U. Journal Of Education 2013; 1: 311-326.
7. Şener A. Yaşlılık, yaşam doyum ve boş zaman faaliyetleri. <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/yasamdoyumu.pdf> (Erişim Tarihi:07.11.2014).
8. Altay B, Avcı İ. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda öz bakım gücü ve yaşam doyum arasındaki ilişki. Dicle Tıp Derg. 2009; 36(4): 275-282.
9. Karabulut ÖÖ, Özer M. Yaşlılarda yaşam doyum. Geriatri Dergisi 2003; 6(2): 72-74.
10. Buffell T, Phillipson C, Scharf T. Ageing in Urban Environments: Developing Age-Friendly Cities. Critical Social Policy, 2012; 32(4): 597-617.
11. Karadakovan A (Ed). Yaşlı ile İlgili Sorunlar ve Politikalar. Yaşlı Sağlığı ve Bakım. Akademisyen Kitabevi. Ankara-2014. ss: 17-18.
12. Diener E, Emmons RL, Griffin S. The Satisfaction with life scale. J Pers Assess 1985; 49 (1): 71-75.
13. Yetim Ü. Life satisfaction: A study based on the organization of personal projects. Social Indicators Research 1993; 29 (3): 277-289.
14. Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. Developing a measure of loneliness. Journal of Personality Assessment 1978; 42(3): 290-294.
15. Demir A. UCLA yalnızlık ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1989; 7(23): 14-18.
16. Folstein MF, Anthony JC, Parhad I, Duffy B. The Meaning of cognitive impairment in elderly. Journal Of American Geriatric Society 1985; 33(4): 228-235.
17. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize mini mental testin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(4): 273-281.
18. GÜN F. Yüksek Lisans Tezi; "Kent Kültüründe Yalnızlık Duygusu". Ankara Üniversitesi Antropoloji Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Zafer İbars. Ankara-2006.
19. Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkala KH. Predictors and subjective cause of loneliness in an aged population. Archives of Gerontology and Geriatrics 2005; 41(3): 223-233.
20. AYDIN T. Yüksek Lisans Tezi; "Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Geleceğe Yönelik Beklentilerinin Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doyumuna Etkisi". Ondokuz Mayıs Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Birsun Altay. Samsun-2010.
21. ÖNER FS. Yüksek Lisans Tezi; "Huzurevinde Kalan Yaşlı Bireylerde Yaşam Doyumunu Etkileyen Faktörler". İstanbul Bilim Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Özlem Işıl. İstanbul-2014.
22. AKGÜN E. Yüksek Lisans Tezi; "Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algıladıkları Yalnızlık Duyguları ve Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkileri". İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Sevim Buzlu. İstanbul-2003.
23. Hazer O, Aydın Boylu A. The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly. Procedia Social and Behavioral Sciences 2010; 9: 2083-2089.
24. CEYHAN S. Yüksek Lisans Tezi; "Kayseri Nuh Naci Yazgan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi". Erciyes Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Mürüvvet Başer. Kayseri-2005.
25. Khorshid L, Eşer İ, Zaybak A, Yapucu Ü, Arslan G, Çınar Ş. Huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeyinin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2004; 7(1): 45-50.
26. Pierce LL, Wilkinson LK, and Anderson J. Analysis of the concept of aloneness: As applied to older women being treated for depression. J Gerontol Nurs 2003; 29(7): 20-25.
27. Bookwala J, Jacobs J. Marital process and depressed affect. The Gerontologist 2004; 44(3): 328-338.
28. Altıparmak S. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyum, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. F.Ü. Sağ. Bil. Tıp Dergisi 2009; 23(3): 159-164.
29. KARADELİOĞLU P. Yüksek Lisans Tezi, "Huzurevinde ve Ev Ortamında Yaşayan Yaşlıların Yaşam Doyumlarının Ölüm Kaygı Düzeyine Etkisi". Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Sevim Buzlu. İstanbul-2011.
30. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi 2006; 28(2): 81-89.
31. Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç. Huzurevindeki yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve bireye özgü etkenler ile ilişkisi. Düşünen Adam Dergisi 2005; 18(4): 187-195.
32. DÖNMEZ G. Yüksek Lisans Tezi, "Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler". Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Necmiye Ün Yıldırım. Bolu-2010.
33. İçli G. Yaşlılar ve yetişkin çocuklar. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2008; 1: 29-38.
34. Kaçan Softa H, Ulaş Karaahmetoğlu G, Erdoğan O, Yavuz S. Yaşlılarda yaşam doyumunu etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2015(1): 12-21.

35. AKAL DEĞİRMENCİ Ç. Yüksek Lisans Tezi, “Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin Değerlendirilmesi”. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Nuran Güler. Sivas-2005.
36. YAĞCIOĞLU R. Yüksek Lisans Tezi, “Huzurevinde Kalan 65 Yaş Üstü Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi”. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü sosyal Hizmetler Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Aliye Mavili Aktağ. Konya-2013.
37. Melendez JC, Toma JM, Oliver A, Navarro E. Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. *Arc Gerontol Geriatr* 2009; 48(3); 291-295.
38. Ho HK, Matsubayashi K et al. What determines the life satisfaction of the elderly. Comparative study of residential care home and community in Japan. *Geriatrics and Gerontology International* 2003; 3(2): 79-85.

TİP 2 DİYABETLİ HASTALARDA GLİSEMİK KONTROL DURUMU VE ETKİLEYEN ETMENLER: DEPRESYONUN ROLÜ

GLYCEMIC CONTROL AND AFFECTING FACTORS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES: THE ROLE OF DEPRESSION

Dilek AVCI¹, Kevser TARI SELÇUK¹

ÖZET

Araştırmada ayaktan tedavi edilen tip 2 diyabetli hastalarda glisemik kontrol durumunun saptanması, depresyonun ve bazı sosyodemografik, klinik özelliklerin glisemik kontrol üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Kesitsel tipteki araştırma Ocak-Mart 2015 tarihleri arasında bir devlet hastanesi dahiliye polikliniğinde ayaktan tedavi edilen 279 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu ve Beck Depresyon Ölçeği ile toplanmıştır. Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki kare, Fisher'in kesin testi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırma grubunun %27,2'sinde glisemik kontrolün sağlandığı belirlenmiştir. Lojistik regresyon modeline göre glisemik kontrolün 65 ve üzeri yaş grubunda 2,14 kat, normal Beden Kütle İndeksi'ne sahip olanlarda 1,45 kat, depresyon saptanmayanlarda 1,67 kat yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada yaklaşık her dört hastadan birinde glisemik kontrolün sağlandığı, BKİ ve depresyon düzeyinin glisemik kontrolü etkileyen değiştirilebilir birer risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini içerecek şekilde diyabetlilerin nitelikli takibi sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 Diyabet, Glisemik Kontrol, Depresyon

ABSTRACT

In this study, it was aimed to determine glycemic control and the effects of depression and some sociodemographic and clinical factors on glycemic control in outpatients with Type 2 Diabetes. This cross-sectional study was conducted with 279 outpatients followed in the internal diseases department of a public hospital between January 2015 and March 2015. The data were collected using the Personal Information Form and Beck Depression Scale. Descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, and logistics regression analysis were used to analyze the data. Glycemic control was achieved in 27.2% of the respondents. According to the logistic regression model, glycemic control was determined to be 2.14 times higher in the patients in the 65 and over age group, 1.45 times higher in those whose Body Mass Index was normal and 1.67 times higher in those having no depression than their counterparts. The results of the study revealed that glycemic control was achieved in one out of four patients, BMI and depression levels were determined to be modifiable risk factors affecting glycemic control. Therefore, quality monitoring of diabetic patients should include preventive mental health care.

Keywords: Type 2 Diabetes, Glycemic Control, Depression

¹Yrd. Doç. Dr. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Diyabet insülin yetersizliği veya yokluğu sonucu ortaya çıkan, tüm dünyada sıklığı giderek artan kronik bir hastalıktır (1). Türkiye’de dünyadaki duruma paralel olarak son yıllarda diyabet prevalansındaki artışın yaklaşık %90’a ulaştığının belirtilmesi diyabetin ülkemizde ciddi bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir (2, 3).

Diyabet komplikasyon riskinde artışla ilişkili, sürekli tıbbi bakım gerektiren, tedavi maliyeti yüksek ilerleyici bir hastalıktır (4-6). Diyabette kötü glisemik kontrol akut komplikasyonlarla ölüme yol açmakta, kronik komplikasyonlarla ise tüm yaşamsal organlarda kalıcı bozukluklara neden olmaktadır (7). Diyabet tedavisinin temel amacı glisemik kontrolü sağlamak, komplikasyonları önlemek veya ilerlemesini durdurmaktır (8, 9). Yapılan çalışmalarda da glisemik kontrolün sağlanması ile komplikasyonların önlenebileceği ya da geciktirilebileceği bildirilmektedir (10, 11).

Diyabetli hastalarda ilaç tedavisi ile sıkı glisemik kontrolün sağlanması her zaman mümkün olmamaktadır. Dünyada ve Türkiye’de yürütülen çalışmalarda ilaç tedavisi almasına karşın diyabetlilerin büyük çoğunluğunda glisemik kontrolün sağlanamadığı belirtilmektedir (3, 12-14). Tanı, tedavi ve takip yöntemlerindeki önemli gelişmelere rağmen diyabet tedavisindeki amaçlara ulaşmadaki bu başarısızlık diyabetli hastalarda glisemik kontrolü etkileyen değiştirilebilen ve değiştirilemeyen farklı etmenlerin araştırılmasına neden olmaktadır (15, 16).

Diyabet temelde endokrin sisteme ait bir bozukluk olmakla birlikte, hastayı psikososyal açıdan da etkilemektedir (17). Diyabette en sık görülen ruhsal tepkilerden birinin depresyon olduğu belirtilmektedir (5, 18). Yurt dışında yapılan çalışmalarda diyabetlilerde depresyon sıklığı yaklaşık %33 olarak hesaplanırken (19), Türkiye’de bu sıklığın %50’lere ulaştığı bildirilmektedir (20). Diyabetik hastalarda depresyon

varlığının glisemik kontrolle ile ilişkili olabileceği ve glisemik kontrolü kötü olan hastalarda depresif semptomların daha sık görüldüğü bildirilmektedir (21, 22). Depresyonun varlığı diyabetik hastalarda insüline direnç geliştirerek glisemik kontrolü engellemekte ve hastaların tedaviye uyumlarını etkilemektedir (21-23). Depresyon glisemik kontrolü kötü olan hastalarda sık görülmesine ve diyabetlilerde yaşam kalitesini olumsuz etkilemesine karşın en sık ihmal edilen sağlık sorunlarından biridir (23, 24). Tüm bu etmenler göz önünde bulundurulduğunda diyabetik hastalarda depresyonun tanınması ve uygun biçimde tedavi edilmesi önem kazanmaktadır. Diyabetik hastaların tedavi sürecinde psikolojik öğelerin değerlendirilmesi glisemik kontrolün sağlanmasındaki engellerin anlaşılmasına ve tedavinin yeniden planlanmasına ışık tutacaktır. Bu sebepten yola çıkarak bu çalışmada ayaktan tedavi edilen tip 2 diyabetli hastalarda glisemik kontrol durumunun saptanması, depresyonun ve bazı özelliklerin glisemik kontrol üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın tipi

Araştırma kesitsel tiptedir.

Araştırmanın evreni-örnekleme

Araştırmanın evrenini Ocak-Mart 2015 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin dahiliye polikliniğinde ayaktan tedavi edilen 396 diyabet hastası oluşturmaktadır. Araştırmada örnek büyüklüğü hesaplanmamış, dahiliye polikliniğinde ayaktan tedavi alan, 45 yaş ve üzeri, en az bir yıl önce tip 2 diyabet tanısı almış, anket sorularını yanıtlayacak bilişsel yeterliliğe sahip ve araştırmayı katılmayı kabul eden 279 hasta ardışık olarak araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni glisemik kontrol durumudur. Araştırmada glisemik kontrol durumunun değerlendirilmesinde önceki 8-12 haftalık sürecin ortalama plazma glukoz düzeyini yansıtan, günün herhangi bir zamanında aç kalma gibi bir özel bir hazırlık gerekmeksizin yapılabilen ve bu özellikleri nedeniyle glisemik kontrolün değerlendirilmesinde Amerikan Diyabet Birliği (ADA) tarafından önerilen bir test olan Glikolize hemoglobin (HbA1c) sonuçları kullanılmıştır (25). HgbA1c sonuçları ADA 2015 yılı diyabet tanı kriterleri doğrultusunda değerlendirilmiştir. Buna göre HbA1c düzeyinin %7,0'ın altında olması glisemik kontrolün sağlandığını göstermektedir (1). Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, yaşanılan yerleşim yeri, gelir getiren herhangi bir işte çalışma durumu, algılanan gelir durumu, sigara içme durumu, tanı süresi, tedavi şekli, eşlik eden kronik hastalık varlığı, Beden Kütle İndeksi (BKİ) ve depresyon düzeyi araştırmanın bağımsız değişkenleridir. Araştırma kapsamında günde en az bir adet sigara içtiğini belirtenler sigara içiyor olarak kabul edilmiştir. BKİ değişkeni kişilerin sözel bildirimlerine dayalı olarak vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunun karesine (m²) bölünmesiyle hesaplanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırmasına göre BKİ'nin 25,00–29,99kg/m² arasında olması "Fazla kiloluluk", 30,00kg/m² ve üzerinde olması "Obezite" olarak kabul edilmiştir (26).

Veri toplama araçları

Araştırmanın verileri literatürden yararlanılarak hazırlanan, hastaların bazı sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini sorgulayan 11 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu ve Beck Depresyon Ölçeği ile toplanmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği: Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtileri ölçmeyi amaçlayan ölçek Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 1989

yılında Hisli tarafından yapılan dördümlük likert tipi ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin puan aralığı 0-63 arasında değişmekte olup, alınan puanın artışı depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir. Bu araştırmada ölçek puanlarına göre depresyon düzeyi belirlenmiş, buna göre 0–10 puan depresyon yok, 11–17 puan hafif, 18–23 puan orta, 24 puan ve üzeri ciddi depresyon olarak değerlendirilmiştir (27). Çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,82 olarak hesaplanmıştır.

Uygulama

Araştırma verileri toplanmadan önce etik kurul onayı ve kurumdan resmi izin alınmıştır. Dahil olma kriterlerini karşılayan hastalara araştırmanın amacı ve kapsamı anlatılmış, araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair sözlü onamları alınmıştır. Veriler muayene sonrası araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmış ve laboratuardan poliklinik kayıtlarına düşen HbA1c sonuçları veri toplama formunda ilgili bölüme kaydedilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesi

Veriler SPSS 16.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Değerlendirmede tanımlayıcı istatistikler, ki kare, Fisher'in kesin testi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Glisemik kontrolü öngören bir model oluşturmak için tek değişkenli analizlerde glisemik kontrolle anlamlı ilişkisi bulunan ve literatürde glisemik kontrolle ilişkisi olduğu gösterilen yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, yaşanılan yerleşim yeri, algılanan gelir durumu, sigara içme durumu, tanı süresi, eşlik eden kronik hastalık varlığı, BKİ ve depresyon düzeyi değişkenlerinin alındığı lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Anlamlılık düzeyi olarak p<0,05 değeri kabul edilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1’de tip 2 diyabetli hastaların bazı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hastaların %61,6’sı 65 ve üzeri yaş grubunda, %55,2’si kadın ve %63,8’i evlidir. Araştırma grubunun %54,1’i ortaokul mezunu, %65,9’u ilçe merkezinde yaşamakta, %94,3’ü gelir getiren herhangi bir işte çalışmamakta ve %87,8’i gelir durumunu orta olarak algılamaktadır. Sigara içen hastaların oranı %24,0’dır. Grubun %50,5’i 1–5 yıldır diyabet hastası olduğunu belirtmektedir. Hastaların %48,4’ü hipoglisemik tedavi almaktadır ve %65,6’sının diyabete eşlik eden en az bir kronik hastalığı daha bulunmaktadır. Fazla kilolu/ obez olan hastaların oranı %39,7’dir ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarına göre grubun %12,9’unda depresyon bulunmamaktadır.

Tablo 1. Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellik (n=279)	Sayı	%
Yaş		
45–64	107	38,4
65 ve üzeri	172	61,6
Cinsiyet		
Kadın	154	55,2
Erkek	125	44,8
Medeni durum		
Evli	178	63,8
Bekar/Boşanmış/Eşi ölmüş	101	36,2
Öğrenim durumu		
İlkokul ve altı	95	34,1
Ortaokul	151	54,1
Lise ve üzeri	33	11,8
Yaşanılan yerleşim yeri		
İl merkezi	20	7,2
İlçe merkezi	184	65,9
Kasaba/köy	75	26,9
Çalışma durumu		
Çalışıyor	16	5,7
Çalışmıyor	263	94,3
Algılanan gelir durumu		
İyi	15	5,4
Orta	245	87,8
Kötü	19	6,8
Sigara içme durumu		
İçiyor	67	24,0
İçmiyor	173	62,0
Bırakmış	39	14,0
Tanı süresi		
1–5 yıl	141	50,5
6–10 yıl	66	23,7
11 yıl ve üzeri	72	25,8
Tedavi şekli		
Oral hipoglisemik	135	48,4
İnsülin	85	30,5
Oral hipoglisemik+insülin	59	21,1
Eşlik eden kronik hastalık		
Var	183	65,6
Yok	96	34,4
BKİ*		
Normal	149	60,3
Fazla kilolu/obez	98	39,7
Depresyon düzeyi		
Yok (0–10 puan)	36	12,9
Hafif (11–17 puan)	156	55,9
Orta (18–23 puan)	69	24,7
Ciddi (≥24 puan)	18	6,5

*Vücut ağırlığı veya boy uzunluğunu bilmeyen 32 hastanın BKİ hesaplanamamıştır.

Tablo 2’ye göre tip 2 diyabetli hastaların %27,2’sinde glisemik kontrolün sağlandığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Tip 2 Diyabetli Hastaların HbA1c Düzeylerinin Dağılımı

HbA1c (%)	Sayı (n)	Yüzde (%) [*]
≤6,9	76	27,2
≥7,0	203	72,8
Toplam	279	100,0

^{*}Yüzdeler bütün yüzdesidir.

Diyabet komplikasyonlarının önlenmesi, hastaların yaşam kalitesinin artırılması ve sağlık harcamalarının azaltılabilmesi için en önemli nokta glisemik kontrolün sağlanmasıdır (28). Ayaktan tedavi alan tip 2 diyabetli hastalarda glisemik kontrol durumunun ve etkileyen etmenlerin saptanması amaçlanan bu çalışmada hastaların yaklaşık %27'sinde glisemik kontrolün sağlandığı belirlenmiştir. Glisemik kontrol oranı açısından düşük olarak nitelendirilebilecek bu sıklık diyabette komplikasyon gelişimi açısından hasta grubunun risk taşıdığını düşündürmektedir.

Yurt dışında tip 2 diyabetlilerde glisemik kontrol oranının ve etkileyen etmenlerin incelendiği çalışmalarda glisemik kontrol oranının yaklaşık %24-42 arasında değiştiği bildirilmektedir (21, 29, 30). Farklı ülkelerde yürütülen ve HbA1c sınır değerinin %7,0 olarak kabul edildiği çalışmalarda hesaplanan glisemik kontrol oranının bu çalışmayla uyumlu olduğu söylenebilir. Bunun yanı sıra literatürde bu çalışmaya kıyasla daha yüksek glisemik kontrol oranlarının bildirildiği çalışmalar da bulunmaktadır (13, 31). Bu çalışmalarda saptanan glisemik kontrol oranının yüksek olmasının nedeni araştırmaların 60 ve üzeri yaş grubu ile yürütülmesinden, HbA1c sınır değerlerinin farklı olmasından ya da bu ülkelerde diyabetlilere sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerindeki farklılıklardan kaynaklanabilir.

Türkiye'de tedavi alan diyabetlilerde glisemik kontrol durumunun belirlenmesine yönelik ulusal ve yerel düzeyde yürütülen çalışmalar sınırlı sayıdadır. 2010 yılında yapılan TURDEP II çalışmasında diyabet hastalarının yaklaşık %35'inin HbA1c düzeyinin %6,5'in altında olduğu rapor

edilmiştir (3). Türkiye genelinde 44 merkezde yürütülen bir başka çalışmada diyabetlilerin yaklaşık %36'sında HbA1c'nin %7,0'ın altında olduğu bildirilmektedir (32). Diyarbakır ve İzmir'de diyabetlilerle yürütülen çalışmalarda da glisemik kontrol oranının yaklaşık %35 olarak hesaplandığı belirtilmektedir (12, 15). Sözü geçen çalışmalarda her ne kadar farklı tanı testleri ve HbA1c değeri için farklı kesme noktaları kullanılmış olsa da saptanan glisemik kontrol oranlarının bu çalışmada hesaplanan glisemik kontrol oranı ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Öte yandan İstanbul'da yürütülen bir başka çalışmada ise hastaların yaklaşık %59'unda HbA1c'nin %7,0'ın altında olduğu belirtilmektedir (33). Sözü geçen çalışmada glisemik kontrol oranının bu çalışmaya kıyasla yüksek olması çalışmanın endokrinoloji polikliniğinde izlenen diyabetlilerle yürütülmüş olması ile açıklanabilir.

Tablo 3'e göre tip 2 diyabetli hastalarda glisemik kontrol oranı 65 ve üzeri yaş grubunda, oral hipoglisemik ve insülin tedavisini bir arada alanlarda, normal BKİ'ye sahip olanlarda, hafif, orta ve ciddi düzeyde depresyon saptananlara göre depresyon saptanmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p<0,05).

Tablo 4'te lojistik regresyon modeline göre glisemik kontrol durumu ile ilişkili etmenler verilmiştir. Geriye doğru eleme yöntemi ile oluşturulan modele göre glisemik kontrol durumu 45-64 yaş grubuna göre 65 ve üzeri yaş grubunda 2,14 kat (%95,00 GA:1,18-4,25), fazla kilolu/obez olanlara göre normal BKİ'ye sahip olanlarda 1,45 kat (%95,00 GA:1,13-2,39) ciddi depresyona göre depresyon saptanmayanlarda 1,67 kat (%95,00 GA:1,18-3,96) yüksektir.

Bu çalışmada glisemik kontrolü etkileyen etmenler incelendiğinde 65 ve üzeri yaş grubundaki diyabetlilerde glisemik kontrol oranının yüksek olduğu ve bu bulgunun literatürle uyumlu olduğu belirlenmiştir (21, 31, 34). Bu durum ileri yaş

grubu diyabetlilerin yaklaşık dörtte üçünün eşlik eden kronik hastalıklar nedeniyle sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmalarından kaynaklanabilir.

Literatürde normal BKİ'ye sahip diyabetlilerde glisemik kontrol oranının yüksek olduğu ve obezitenin kan glukoz kontrolünü engelleyen etmenlerden biri olduğu bildirilmektedir (31). Bu çalışmada da normal BKİ'ye sahip diyabetlilerde glisemik kontrol oranının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu literatürde yer alan çalışmaların bulgularını destekler niteliktedir (31, 35).

Araştırmada glisemik kontrolü etkileyen bir başka değişkenin depresyon olduğu, depresyon saptanmayanlarda glisemik kontrol oranının anlamlı olarak yüksek olduğu, ciddi düzeyde depresyonun glisemik kontrolü engellediği belirlenmiştir. Ayrıca hastaların sadece %12,9'unda depresyon belirtilerinin olmadığı saptanmıştır. Literatürde tip 2 diyabetli hastaların yaklaşık %10-30'unda hafiften orta ve ağır derecelere

kadar seyredabilen depresif bozukluk görüldüğü (36, 37), diyabet varlığının depresyon riskini artırdığı belirtilmektedir (38). Bunun yanı sıra depresyonun hastanın tedaviye uyumunu engelleyerek glisemik kontrolü olumsuz etkilediği (15, 21-23), komplikasyon gelişimine ve mortalitede artışa neden olduğu bildirilmektedir (39, 40). Yapılan çalışmalarda depresyon tedavisinin glisemik kontrolü sağlamada önemli bir etken olmasına karşın diyabetlilerde depresyonun tanı ve tedavisinin yetersiz olduğu rapor edilmektedir (38, 41, 42). Bu çalışmada elde edilen bulgunun literatür ile örtüştüğü söylenebilir. Diğer taraftan bazı çalışmalarda ise depresyonun glisemik kontrolü etkilemediği bildirilmektedir (43-45). Bu çelişkili sonuçlar farklı mekanizmaların glukoz metabolizması üzerine olan etkilerinden kaynaklanıyor olabilir. Bu doğrultuda diyabetli bireylerde glisemik kontrolü etkileyen değişkenlerin net olarak anlaşılması için daha fazla çalışmaya gereksinim olduğu söylenebilir.

Tablo 3. Tip 2 Diyabetlilerde Bazı Özelliklere Göre Glisemik Kontrol Durumu

Özellik (n=279)	Glisemik kontrol (HbA1c)				p
	≤%6,9		≥%7,0		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş¹					
45-64	33	30,80	74	69,20	0,033
65 ve üzeri	58	33,72	114	66,28	
Cinsiyet¹					
Kadın	43	27,9	111	72,1	0,776
Erkek	33	26,4	92	73,6	
Medeni durumu¹					
Evlü	47	26,4	131	73,6	0,677
Bekar/boşanmış/eşi ölmüş	29	28,7	72	71,3	
Öğrenim durumu¹					
İlkokul ve altı	27	28,4	68	71,6	0,250
Ortaokul	44	29,1	107	70,9	
Lise ve üzeri	5	15,2	28	84,8	
Yaşanılan yerleşim yeri¹					
İl merkezi	5	25,0	15	75,0	0,964
İlçe merkezi	50	27,2	134	72,8	
Kasaba/köy	21	28,0	54	72,0	
Çalışma durumu²					
Çalışıyor	4	25,0	12	75,0	0,548
Çalışmıyor	72	27,4	191	72,6	
Algılanan gelir durumu¹					
İyi	4	26,7	11	73,3	0,622
Orta	65	26,5	180	73,5	
Kötü	7	36,8	12	63,2	
Sigara içme durumu¹					
İçiyor	12	17,9	55	82,1	0,144
İçmiyor	52	30,1	121	69,9	
Bırakmış	12	30,8	27	69,2	
Tanı süresi¹					
1-5 yıl	37	26,2	104	73,8	0,432
6-10 yıl	21	31,8	45	68,2	
11 yıl ve üzeri	18	25,0	54	75,0	
Tedavi şekli¹					
Oral hipoglisemik	31	23,0	104	77,0	0,038
İnsülin	21	24,7	64	75,3	
Oral hipoglisemik+insülin	24	40,7	35	59,3	
Eşlik eden kronik hastalık¹					
Var	50	27,3	133	72,7	0,966
Yok	26	27,1	70	72,9	
BKİ¹					
Normal	44	29,5	105	70,5	0,032
Fala kilolu/obez	16	16,3	82	83,7	
Depresyon düzeyi¹					
Yok	25	69,4	11	30,6	<0,001
Hafif	37	23,7	119	76,3	
Orta	12	17,4	57	82,6	
Ciddi	2	11,1	16	88,9	

¹Ki kare testi,

²Fisher'in kesin testi

Tablo 4. Lojistik Regresyon Modeline Göre Glisemik Kontrol Durumu ile İlişkili Etmenler

Özellik (n=279)	β	SE	p	OR (%95,0 GA)
Yaş				1,0
45-64				1,0
65 ve üzeri	0,763	0,348	0,029	2,14 (1,18-4,25)
Cinsiyet				1,0
Erkek				1,0
Kadın	0,477	0,357	0,181	0,62 (0,31-1,25)
Öğrenim durumu				1,0
Lise ve üzeri				1,0
Ortaokul	0,754	0,623	0,226	0,47 (0,14-1,59)
İlkokul ve altı	0,672	0,595	0,258	0,51 (0,16-1,64)
Yaşanılan yerleşim yeri				1,0
Kasaba/köy				1,0
İlçe merkezi	0,223	0,675	0,742	1,25 (0,33-4,69)
İl merkezi	0,019	0,700	0,979	0,98 (0,25-3,87)
Algılanan gelir durumu				1,0
Kötü				1,0
Orta	0,123	0,696	0,859	0,88 (0,23-3,46)
İyi	1,021	0,894	0,253	0,36 (0,63-2,07)
Sigara içme durumu				1,0
İçiyor				1,0
İçmiyor	1,046	0,463	0,224	1,84 (0,94-3,05)
Bırakmış	0,355	0,450	0,430	1,42 (0,59-2,94)
Tanı süresi				1,0
11 yıl ve üzeri				1,0
1-5 yıl	0,664	0,386	0,085	1,94 (0,91-4,14)
6-10 yıl	0,097	0,406	0,810	0,91 (0,41-2,01)
Eşlik eden kronik hastalık				1,0
Var				1,0
Yok	0,070	0,352	0,842	0,93 (0,47-1,86)
BKİ				1,0
Fazla kilolu/obez				1,0
Normal	1,178	0,648	0,048	1,45 (1,13-2,39)
Depresyon düzeyi				1,0
Ciddi				1,0
Hafif-Orta	0,749	0,581	0,326	1,23 (0,88-3,41)
Yok	1,114	0,496	0,039	1,67 (1,18-3,96)

* β : Regresyon katsayısı, SE: Standart hata, OR: Odds Ratio (Olasılıklar oranı), GA: %95,0 güven aralığını ifade etmektedir.
Hosmer and Lemeshow test: 0,855. Nagelkerke R square: 0,274.

Literatürde yer alan çalışmaların bazılarında glisemik kontrolle cinsiyet, öğrenim durumu, ekonomik durum, sigara içme durumu, tanı süresi ve tedavi şekli arasında ilişkili olduğu belirtilirken, bazılarında bu değişkenlerin glisemik kontrolü etkilemediği bildirilmektedir (4, 12, 46, 47). Bu çalışmada söz edilen değişkenlerin glisemik kontrolle ilişkili olmadığı belirlenmiştir ve bu bulgunun literatürde yer alan bazı çalışmalarla paralellik gösterdiği söylenebilir. Ayrıca literatürde kötü glisemik kontrol açısından

değiştirilebilir bir risk faktörü olduğu belirtilen sigara içme durumunun bu çalışmada glisemik kontrolle ilişkisinin gösterilememesi araştırmanın anlamlı farklılığı ortaya koyacak güce sahip olmamasından kaynaklanabilir.

Araştırmanın kısıtlılıkları

DSÖ tarafından diyabet tedavisinin egzersizle kombine diyet tedavisi, oral hipoglisemik tedavi ve insülin tedavisinden oluştuğu vurgulanmaktadır (8). Bu çalışmada yalnızca ilaç tedavisinin sorgulanması, egzersizle kombine diyet

tedavisinin sorgulanmaması çalışmanın kısıtlılığıdır ve gruplar arası karşılaştırmalarda bu değişkenler karıştırıcı etmen olarak rol oynamış olabilir. Ayrıca BKİ değişkeninin hastaların sözel bildirimine dayalı olması araştırmanın kısıtlılıklarındandır.

Araştırmanın bir başka kısıtlılığı sonuçların genellenebilirliği açısından görece küçük bir grupta ve ikinci basamak sağlık kuruluşunda ayaktan tedavi alan diyabetlilerle yürütülmüş olmasıdır. Tip 2 diyabetli hastalarda glisemik kontrolün değerlendirilmesini amaçlayan çalışmaların karıştırıcı değişkenleri kontrol altına alabilmek ve sonuçları topluma genelledebilmek amacıyla sahada yapılması planlanmalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada yaklaşık her dört hastadan birinde glisemik kontrolün sağlandığı, depresyonun glisemik kontrolü engelleyen değiştirilebilir bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular komplikasyon gelişiminin önlenmesinde glisemik kontrolün önemine ilişkin farkındalığın yeterli olmadığını, sağlık kuruluşlarında diyabet kontrolü ve koruyucu ruh sağlığına yönelik hizmetlerde aksamalar olduğunu düşündürmektedir. Tip 2 diyabetlilere verilen sağlık hizmetlerine depresyonun önlenmesine yönelik koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini içerecek, sağlıklı yaşam tarzını benimsetecek, diyabetlilerin düzenli ve yeterli izlenmelerine olanak tanıyacak şekilde nitelik kazandırılması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2015. *Diabetes Care* 2015; 38:1-93.
2. Satman I, Yılmaz T, Sengul A, Salman S, Salman F, Uygur S et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care* 2002; 25:1551-1556.
3. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol* 2013; 28:169-180.
4. Çıtıl R, Öztürk Y, Günay O. Kayseri il merkezinde bir sağlık ocağına başvuran diyabetik hastalarda metabolik kontrol durumu ve eşlik eden faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi* 2010; 32:111-122.
5. Wee HL, Ho HK, Li SC. Public awareness of diabetes mellitus in Singapore. *Singapore Med J* 2002; 43:128-134.
6. Buijsse B, Simmons RK, Griffin SJ, Schulze MB. Risk assessment tools for identifying individuals at risk of developing type 2 diabetes. *Epidemiol Rev* 2011; 33:46-62.
7. Tekeşin A, Doğan B, Yağız O, Polat H. Tip 2 diyabetli hastalarda serebrovasküler hastalık ile HBA1C arasındaki korelasyon. *Istanbul Med J* 2014; 15:40-42.
8. Guidelines for the prevention, management and care of diabetes mellitus. Available at: <http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa664.pdf>. (Accessed January 12, 2016).
9. Tanrıverdi MH, Çelepkolu T, Aslanhan H. Diyabet ve birinci basamak sağlık hizmetleri. *J Clin Exp Invest* 2013; 4:562-567.
10. The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes Mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329:977-986.
11. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *The Lancet* 1998; 352:854-865.
12. Tari Selçuk K, Sözmek MK, Ünal B. Balçova'da 30 yaş ve üzeri diyabetlilerde tedavi alma ve kan glukoz düzeyinin kontrol altına alınma durumu. *Turk J Public Health* 2015; 13:40-52.
13. Banegas JR, Lopez-Garcia E, Dallongeville J, Guallar E, Halcox JP, Borghi C et al. Achievement of treatment goals for primary prevention of cardiovascular disease in clinical practice across Europe: the EURIKA study. *Eur Heart J* 2011; 32:2143-2152.
14. Choe HM, Townsend KA, Blount G, Lo CH, Sadowski L, Standiford C. Treatment and control of blood pressure in patients with diabetes Mellitus. *Am J Health-Syst Pharm* 2007; 64:97-103.
15. Uysal Y, Akpınar E. Tip 2 diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon. *Çukurova Tıp Dergisi* 2013; 38:31-40.
16. Ghazanfari Z, Niknami S, Ghofranipour F, Larjani B, Agha-Alinejad H, Montazeri A. Determinants of glycemic control in female diabetic patients: a study from Iran. *Lipids Health Dis* 2010; 9:1-5.
17. Güçlü YA, Yıldız ED, Ünsal F, Öngel K. Diyabetli hastalarda uygulanan hızlı depresif belirti envanteri öz bildirim formu ve beck depresyon ölçeklerinin değerlendirilmesi. *Tepecik Eğit Hast Derg* 2013; 23:113-119.
18. Van den Akker M, Schuurman A, Metsemakers J, Buntinx F. Is depression related to subsequent diabetes mellitus?. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110:178-183.
19. De Long DE, Stepita RA, Taylor VH, Holloway DC. Major Depressive Disorder and Diabetes: Does Serotonin Bridge the Gap? *Curr Diabetes Rev* 2015; 11:71-78.

20. Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A. Diabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7:18-26.
21. Shah BM, Mezzio DJ, Ho J, Ip EJ. Association of ABC (HbA1c, blood pressure, LDL-cholesterol) goal attainment with depression and health-related quality of life among adults with type 2 diabetes. *J Diabetes Complications* 2015; 29:794-800.
22. Singh H, Raju MSVK, Dubey V, Kurrey R, Bansal S, Malik M. A study of sociodemographic clinical and glycemic control factors associated with co-morbid depression in type 2 diabetes Mellitus. *Ind Psychiatry J* 2014; 23:134-142.
23. Eren İ, Erdi Ö, Özçankaya R. Tip II diyabetik hastalarda kan şekeri kontrolü ile psikiyatrik bozuklukların ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14:184-191.
24. Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the diagnosis of diabetes mellitus. Available at: http://www.who.int/diabetes/publications/report-hba1c_2011.pdf. (Accessed January 13, 2016).
25. Obesity preventing and managing the global epidemic. Available at: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/ (Accessed January 15, 2016).
26. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7:3-13.
27. Ersoy C, Tuncel E, Özdemir B, Ertürk E, İmamoğlu Ş. İnsülin kullanan tip 2 diabetes mellituslu hastalarda diyabet eğitimi ve metabolik kontrol. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006; 32:43-47.
28. Chen R, Ji L, Zou D. Glycemic control rate of T2DM outpatients in China: a multi-center survey. *Med Sci Monit* 2015; 19:1440-1446.
29. Wong ND, Patao C, Malik S, Iloeje U. Preventable coronary heart disease events from control of cardiovascular risk factors in US adults with diabetes (projection from utilizing the UKPDS risk engine). *Am J Cardiol* 2014; 113:1356-1361.
30. Sazlina SG, Mastura I, Ahmad Z, Cheong AT, Adam BM, Jamaiyah H et al. Control of glycemia and other cardiovascular disease risk factors in older adults with type 2 diabetes mellitus: data from the Adult diabetes control and management. *Geriatr Gerontol Int* 2014;4:7-130.
31. Oguz A, Gedik O, Hatemi H, Yılmaz MT, İmamoğlu Ş, Kamel N et al. Glycemic control of Turkish adult diabetic patients. *Turk J Endokrinol Metab* 2008; 12:50-54.
32. Önsüz MF, Topuzoğlu A. İstanbul ilinde çeşitli sağlık kuruluşlarında ayaktan tip 2 diyabetli hastalarda glisemik kontrolün ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Nobel Med* 2010; 6:45-55.
33. Hermann G, Herbst A, Schutt M. Association of physical activity with glycemic control and cardiovascular risk profile in 65 666 people with type 2 diabetes from Germany and Austria. *Diabet Med* 2014; 31:905-912.
34. Lustman PJ, Williams MM, Sayuk GS, Nix BD, Clouse RE. Factors influencing glycemic control in type 2 diabetes during acute- and maintenance-phase treatment of major depressive disorder with bupropion. *Diabetes Care* 2007; 30:459-466.
35. Bouwman V, Adriaanse MC, Van't Riet E, Snoek FJ, Dekker JM, Nijpels G et al. Depression, anxiety and glucose metabolism in the general Dutch population: the New Hoom study. *PLoS One* 2010; 5:1-7.
36. Lin EH, Korff MV, Alonso J, Angermeyer MC, Anthony J, Bromet E, Bruffaerts R et al. Mental disorders among persons with diabetes-results from the World Mental Health Surveys. *J Psychosom Res* 2008; 65:571-580.
37. Nouwen A, Winkley K, Twisk J, Lloyd CE, Peyrot M, Ismail K et al. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia* 2010; 12:2480-2486.
38. Pan A, Lucas M, Sun Q, Van Dam RM, Franco OH, Willett WC et al. Increased mortality risk in women with depression and diabetes mellitus. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:42-50.
39. Hamer M, Stamatakis E, Kivimaki M, Pascal Kengne A, Batty GD. Psychological distress, glycated hemoglobin, and mortality in adults with and without diabetes. *Psychosom Med* 2010; 72:882-886.
40. Pouwer F, Beekman ATF, Lubach C, Snoek FJ. Nurses' recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatients with diabetes mellitus. *Patient Educ Couns* 2006; 60:235-240.
41. Rubin R, Ciechanowski P, Egged L, Lin E, Lustman P. Recognizing and treating depression in patients with diabetes. *Curr Diab Rep* 2004; 4:119-125.
42. Wagner JA, Abbott GL, Heapy A, Yong L. Depressive symptoms and diabetes control in African Americans. *J Immigr Minor Health* 2009;11:66-70.
43. Rustad JK, Musselman DL, Nemeroff CB. The relationship of depression and diabetes: pathophysiological and treatment implications. *Psychoneuroendocrinology* 2011; 36:1276-1286.
44. Richardson LK, Egged LE, Mueller M, Echols CL, Gebregziabher M. Longitudinal effects of depression on glycemic control in veterans with type 2 diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30:509-514.
45. Bi Y, Zhu D, Cheng J, Zhu Y, Xu N, Cui S et al. The status of glycemic control: a cross-sectional study of outpatients with type 2 diabetes mellitus across primary, secondary, and tertiary hospitals in the Jiangsu province of China. *Clin Ther* 2010; 32:973-983.
46. Khattaba M, Khaderb YS, Al-Khawaldehd A, Ajlounid K. Factors associated with poor glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications* 2010; 24:84-89.
47. Kamath A, Shivaprakash G, Adhikari P. Body mass index and waist circumference in type 2 diabetes mellitus patients attending a diabetes clinic. *Int J Biol Med Res* 2011; 2:636-638.

THE RELATIONSHIP BETWEEN VAGINAL DOUCHING PRACTICES AND GENITOURINARY INFECTION IN WOMEN USING INTRAUTERINE DEVICES (IUD) AND COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES (COC)

AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ OLARAK RAHİM İÇİ ARAÇ (RIA) VE ORAL KONTRASEPTİF (OKS) KULLANAN KADINLAR ARASINDA VAJİNAL YIKAMA VE GENİTOÜRİNER ENFEKSİYON İLİŞKİSİ

Birsel Canan DEMİRBAĞ¹, Gamze ÇAN², İftihar KÖKSAL³, Selçuk KAYA³

ABSTRACT

Vaginal douching is a widespread practice among women all over the world. This study has been designed as cross-sectional, descriptive research. The aim of the study was to evaluate the relationship between vaginal douching practices and genitourinary infection in women in the age group 18-49 who were using Intrauterine Devices (IUV) or combined oral contraceptives (COC). The study took place in a Mother and Child Health and Family Planning Center (MCHFP) in Trabzon, Turkey, over the period October 1, 2010 - February 15, 2012. The study subjects were 165 women (81 using COC, 84 using IUD). It was found that there were more women taking COC who practiced vaginal douching (VD) and had higher ratios of bacteria propagation in the urine. While there was a significant relationship seen between the method used and the urine culture results ($p<0.05$), no relationship was observed in terms of the vaginal culture ($p>0.05$). Our suggestion, health professionals working in family planning may contribute to preventing problems from developing by offering continuous education programs on the effects of VD practices.

Keywords: Genitourinary infection, Intrauterine device, Oral contraceptives, Vaginal douching

ÖZET

Vajen yıkama dünyadaki kadınlar arasında oldukça yaygın deneyimdir. Bu çalışma kesitsel, tanımlayıcı çalışmadır. Çalışma, 18-49 yaş aralığında aile planlaması yöntemi olarak rahim içi araç (RIA) ve oral kontraseptif (OKS) kullanan kadınlar arasında vajinal yıkama ve genitoüriner enfeksiyon ilişkisinin tespiti amacıyla yapıldı. Çalışma, Trabzon'da bir Aile Sağlığı Merkezine 1 Ocak 2010 ile 15 Şubat 2012 tarihleri arasında başvuran kadınlar arasında gerçekleşti. Çalışmanın evrenini 165 kadın (81'i OKS, 84'ü RIA) oluşturdu. Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında OKS kullanan kadınların idrarında daha fazla bakteri görüldü. Kullanılan aile planlaması metodu ile idrar kültürü arasında anlamlı ilişki bulunurken ($p<0,05$), vajen kültürü arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Önerimiz, aile planlamasında çalışan sağlık profesyonellerinin gelişebilecek sağlık problemlerini önlemede katkı sağlayabilmek için vajinal yıkamanın etkileri konusunda kadınlara sürekli eğitim programları yapması yönündedir.

Anahtar Kelimeler: Genitoüriner enfeksiyon, Rahimiçi araç, Oral kontraseptif, Vajinal yıkama

¹ PhD.Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Karadeniz Teknik University, Trabzon,

² MD.Department of Public Health, School of Medicine, Karadeniz Technical University, Trabzon, Turkey

³ MD.Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, School of Medicine, Karadeniz Technical University, Trabzon, Turkey.

³ MD.Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, School of Medicine, Karadeniz Technical University, Trabzon, Turkey

INTRODUCTION

Vaginal douching (VD) is an old and traditional practice that is carried out for intravaginal cleansing or treatment, using the fingers or some kind of material to rinse out the vagina (1-3). VD is a widespread practice among women. Women practice VD generally for vaginal cleanliness, after menstruation or sex, as a contraceptive measure, or because of religious beliefs (4). Studies conducted in Turkey on VD have reported frequency rates for VD practices that are as high as 63.2% (5) and 61.5% (5,6). It has been determined that women use many different materials when practicing VD. Among the most frequently encountered of these are soap, perfumes, and vinegar (7-9). In addition, some studies have stated that women are not aware of the harmful effects of VD (4-5, 10-11). VD disrupts the normal vaginal flora and prepares a foundation for infection (4, 12). The risk of genitourinary infection increases when women's poor hygienic habits are added to this picture. It has been determined in research that methods of contraception can be trigger factors for infection (13-15). It is striking to note that there is a higher risk of infection in women who use Intrauterine Devices (IUD) and Combined Oral Contraceptives (COC) compared to other methods (14, 16). The aim of the study was to evaluate the relationship between vaginal douching practices and genitourinary infection in women, aged 18-49, who use an Intrauterine Device (IUV) or combined oral contraceptives (COC).

MATERIALS AND METHODS

Design and Setting

This study was planned and applied as a descriptive cross-sectional study and conducted at the Trabzon Mother and Child Health and Family Planning Center over the period October 1, 2010 - February 15, 2012.

Participants

A total of 171 women, aged 18-49, who were using IUD's or COC as a method of birth control, presented at the Trabzon MCHFP Center in the mentioned period. The study was conducted with 165 consenting

women (81 using COC, 84 using IUD). No inclusion criteria were taken into consideration aside from age, the use of IUD or COC, and the woman's not having her period at the time samples were to be taken. Prior to the research, permission was obtained from the Trabzon Ethics Board and from the institution where the study was carried out. All of the women were provided with information about the study and their verbal consent was obtained.

Measures

The data was collected by using pen-and-paper self-report forms which included the following: a socio-demographic data collection form, a questionnaire inquiring into vaginal douching behavior (11) and data on urine culture and vaginal culture results based on the specimens obtained from the women.

Data Collection Form

The data collection form consisted of 15 questions prepared by the researchers to record the socio-demographic characteristics of the participants and the questionnaire was based on 13 questions from the literature (11) that were developed to inquire about descriptive characteristics related to vaginal douching and genital hygiene. In addition, specimens were obtained from the women for vaginal cultures and urine cultures. These samples were sent to the Karadeniz Technical University Microbiology and Pathology Labs within 1 hour.

Socio-demographic Questionnaire

This consisted of questions developed by the researcher based on the literature. The questions concerned the women's ages, their work, educational level, social security status, monthly income, number of children and births, the duration the method had been used, and similar information.

Vaginal Douching and General Hygiene Questionnaire

This consisted of questions about vaginal douching practices, the method used, the reason for practicing VD, from whom the woman had heard about vaginal douching, the material used in VD, how frequently it is practiced, how many times the woman has sex in a week, and whether or not she had

any knowledge about the harmful effects of VD.

Procedure for Obtaining Sterile Urine Specimens

A sterile container (red-screw-capped culture container) was used as a urine culture container. Instructions as to how the culture should be taken were given to the women consenting to the study (Thoroughly wipe the outer part of the urinary tract with the disinfectant/antiseptic wipe before taking the urine sample; dry the area with the sterile gauze that's been given to you; after discharging the first few drops of urine, collect the middle of the flow in the sterile container. Do not allow the urine container to touch anything and do not fill up the container to the brim (17-19). The lids were then placed on the urine containers, on which the names of the patients were written, and the specimens were taken to the laboratory in a short time by the researcher.

Procedure for Obtaining Vaginal Culture

Glass culture tubes equipped with cotton-tipped sterile swabs used only for this purpose were employed to gather specimens. The small-tipped sterile swab was swept across the vaginal wall and the specimen was placed in a closed container with the patient's name written on it.

Data Collection

Permission was obtained for the study through the application made to the local ethics committee of the Trabzon Ethics Board. Informed consent was obtained from all participants. The implementation of the study was carried out by surveying the volunteer patients after they were informed about the aim of the study. The survey was filled out by the patients in the waiting room and took 20-25 min. This study was funded by the Karadeniz Technical University Scientific Research Project Unit (No: 2010.101.001.1).

Statistical Analysis

The Statistical Program for the Social Sciences, version 15.0 (SPSS 15.0) was used for data analysis. Percentages and averages were also calculated, the Chi-square test and t- test were performed for the statistical

analysis. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$.

RESULTS AND DISCUSSION

The women's age group, their working status, educational level, social security status and income levels are shown in Table 1. As can be seen in Table 1, no statistical difference was observed between the two groups except in terms of educational level.

The women using COC made up 25.9% of the group, and those using IUD's, 42.9%. In the statistical analysis, there was a significant difference between the two groups in terms of performing vaginal douching ($X^2=5.228$ $SD=1$ $p=0.034$) (Table 2). It was found that 57.1% of the women practicing vaginal douching who were taking COC, 58.3% of the women using an IUD said that they practiced VD 2-3 times a week; 52.4% of the women taking COC said that they had made this decision on their own; 50% of the women using an IUD said they had heard about VD from their elders; 66.7% of the women using COC and 55.6% of the women using an IUD said that they performed vaginal douching with soap and water; of the women using COC 57.1% said they performed VD usually after sex; 43.3% of the women using an IUD said they performed vaginal douching after a bath; 81.0% of the women taking COC and 86.5% of the women using an IUD stated that they practiced vaginal douching regularly; 50% of those using COC and 53.6% of those using an IUD revealed a sexual intercourse rate of 3-4 times a week. Of the women using COC, 64.2%, and 23.8% of the women using IUD's, said they didn't think VD was harmful (Table 2).

When the women using COC and IUD's in our study were analyzed in terms of their socio-demographic characteristics, their ages, social security status, working status, and monthly income, no differences were found ($p > 0.05$). However, there was a statistical difference between the two groups in terms of educational level ($p < 0.05$). The level of education of the women using IUD's was higher than those using COC. According to the reports of Turkish Population and Health

Research (TNSA), a significant increase has been seen in the use of IUD's as an effective method of contraception, and to see that this parallels educational levels is striking (20) (Turkish Population and Health Research 2008). One study reported that IUD's were the primary and preferred effective method; taking COC was third on the list of preferences, preceded by condoms (21). It was also determined that levels of education in the study group were lower than the urban data collected by TNSA in 2003 (21). In the present study, 52% of the women were elementary school graduates. This figures for the whole of Turkey in the 15-49 age group of married women is 61.1% [20] (TNSA 2008). This result and the results of the present study are consistent.

Among the COC group, 70.4% and 21.2% of the IUD group were rinsing off their genital area from back to front. A statistical difference was found between the groups ($X^2=23.42$ SD=1 $p=0.000$) (Table 3). It was noted that 86.4% of the COC group dried off their genitals after going to the toilet while this percentage was 88.1% in the IUD group. There was no significant difference found between the two groups ($X^2=34.56$ SD=1 $p=0.013$). Looking into whether the women wore cotton underwear, it was seen that 61.7% of the COC group and 75% of the IUD group wore cotton underwear; a significant difference was found between the two groups ($X^2=22.551$ SD=1 $p=0.000$) (Table 3). As regards the practice of using sanitary protection all the time, it was revealed that 69.1% of the COC women and 15.5% of the IUD group used sanitary pads daily. A significant difference was found between the two groups ($X^2=4.418$ SD=1 $p=0.036$) (Table 3). Although there is not adequate knowledge in the literature about the prevalence of vaginal douching, there are small-sample studies that have been conducted. Ege et al. (6) have reported that 61.5%, Çalışkan et al. (5) that 50.2% of women practice vaginal douching. In our study, there was a higher percentage (42.9%) of women using IUD's practicing VD compared to women using COC (25.9%). Many studies have shown that the use of

IUD's increases the risk of vaginal infection (15, 22-23). There are various factors that play a role in whether women using IUD's develop an infection. These can be cited as the technique used in inserting the IUD, the duration of its use, and age, among others. The IUD changes the nature of the vaginal flora and leads to an increase in anaerobic bacteria. However, many studies have also shown that genitourinary system infections are reduced if general hygiene is carefully practiced, the IUD is carefully inserted, and regular check-ups are performed over the period the IUD remains in the uterus, provided the rules of hygiene are adhered to (15, 24). In the present study, as it was observed that women using IUD's had better toilet hygiene behavior than the women taking COC, it might be said that this is one of the factors affecting the increase of bacteria propagation in the urine cultures of women using COC.

Vaginal douching has become a part of women's general hygiene (5, 13, 25-27). Married women describe themselves as being soiled because of the seminal fluid remaining in the vagina after sexual intercourse. Religious beliefs cause women to regard the vagina as dirty. Women practice vaginal douching to feel clean again. Oh et al. (28) report in their study that 78% of women practice vaginal douching to feel clean and well (28). It has also been stated that some of the reasons women perform vaginal douching are because of vaginal discharge, to eliminate itching or odor, to prevent or treat sexually transmitted diseases or vaginal infections, and as a contraceptive measure (5, 9, 13, 29). In Moslem countries, the practice is common as it is a part of the full ablution regimen required after sexual intercourse (5, 30). In the present study, the high percentage of women practicing VD may be explained by the connection between VD and the regimen of full ablution. Hodoğlugil et al reported in a study they conducted in the Black Sea Region in 2000 that VD was practiced by 64.0% of women using IUD's and 64.5% of women that were not (31). In the present study, our finding was that more women with IUD's were practicing VD compared to

women taking COC; this is consistent with the literature.

In the study, the women in the COC and IUD groups said that they performed vaginal douching 2-3 times a week. The data for 1995 of the National Survey of Family Growth-NSFG reveal that 27% of women engage in vaginal douching 1-2 times a week (32). Various studies have shown that soap and water are the materials that are most commonly used in vaginal douching (7, 13). In the present study, a high percentage of women were making use of soap and water.

While bacteria propagation was observed in the urine culture results of 53.1% of the women using COC, no propagation was seen in 55.8% of the women using IUD's. According to the results of the vaginal culture, 66.7% of the women using COC and 60.7% of the women using IUD's did not display any propagation (Table 4). While there was a significant relationship between the two groups in the urine culture results ($p < 0.05$), no relationship was discovered in the vaginal culture ($p > 0.05$) (Table 4).

While no significant difference was found between vaginal douching behavior and the urine culture, there was a significant relationship between vaginal douching behavior and the vaginal culture in two groups (Table 5).

In the study, the women in the COC and IUD groups said that they performed vaginal douching 2-3 times a week. The data for 1995 of the National Survey of Family Growth-NSFG reveal that 27% of women engage in vaginal douching 1-2 times a week (32). Various studies have shown that soap and water are the materials that are most commonly used in vaginal douching (7, 13). In the present study, a high percentage of women were making use of soap and water.

The study also showed that the two groups exhibited significant differences in terms of whether or not they wore cotton underwear and in the way they cleansed themselves after going to the toilet. The percentage of women using a sanitary pad was higher in the COC group compared to the IUD group. The

higher percentage in the COC group may be explained by the need these women may have in the face of an uncomfortable vaginal discharge. In many studies in Turkey it has been shown that a large percentage of women use sanitary pads continuously, either because of religious beliefs or as a traditional habit (7, 13). The regions of the body that are conducive to the colonization of microorganisms are the vagina, rectum, and ureter. The type of underwear worn, the form of cleansing, the materials used in the cleansing, as well as other factors, are all instrumental in protecting these three areas. Since the continuous use of a sanitary pad keeps the vagina moist, an environment that allows bacteria to propagate is thus created (34).

The urine culture results of the women using COC and IUD's in our study were found to exhibit significant differences but no significant difference was seen in terms of the vaginal culture. When it is considered that VD was practiced to a certain extent by women in both groups and that a profuse vaginal discharge was more common in the women taking COC, it may be said that because women have a constant store of intestinal flora in the outer third of the ureter, which is shorter in women, during the practice of VD, a susceptibility is created that encourages colonies of bacteria to propagate in the vagina and reach the bladder. As a result of this, there is a heightened risk of urinary tract infection. In our study, the findings that the women in the COC group had more complaints about uncomfortable vaginal discharge and that their post-toilet hygiene was faulty are in line with the literature. At the same time, estrogen facilitates uropathogens to settle in the vagina and the urogenital cells while some antibiotics spoil the vaginal flora, creating an environment where microorganisms can grow freely (14). Considering that there are many antimicrobial medications on the market that women might be using for vaginal discharge also suggests a reason for the extent of propagation in the urine.

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

According to the results of the study, the following were determined:

- ✓ There was a higher percentage of bacterial propagation in women taking COC
- ✓ More women taking COC practiced VD
- ✓ More women taking COC had vaginal discharge
- ✓ Women taking COC were using sanitary pads at a higher percentage.
- ✓ Both groups were using soap and water for VD
- ✓ Both groups were handling post-toilet cleansing incorrectly.
- ✓ Both groups practiced VD more commonly after sexual intercourse.
- ✓ A significant relationship was found between vaginal douching behavior and the vaginal culture results in both groups.

In Turkey, women continue to practice traditional habits similar to VD. When it is considered that women practice VD for many reasons, it is of importance to study women's hygienic practices and educate them about the mistakes they are making. The early discovery of these mistakes will be beneficial, not only in preventing potential health problems in women but also in treating existing problems early on.

Acknowledgments: The authors thank all the women who participated in this research. This study was funded by the Karadeniz Technical University Scientific Research Project Unit.

REFERENCES

1. Martino JL, Vermund SH. Vaginal douching: Evidence for risks or benefits to women's health. *Epidemiologic Reviews* 2002; 24:109-124.
2. Aral SO, Mosher WD, Cates W. Vaginal douching among women of reproductive age in the United States. *Am J Public Health* 1992; 82(2): 210-214.
3. Mete S, Gerçek E. Vajinal duşun yaygınlığını etkileyen etmenler ve sonuçları. *Hem. Yüksekokulu Dergisi* 2005; 55-61.
4. blogcu.com/gusul-abdesti-nedir Accessed 18 June 2012.
5. Çalışkan D, Subaşı N, Sarısen Ö. Vaginal douching and associated factors among married women attending a family planning and gynecology clinic. 4th International Congress of Reproductive Health & Family Planning, Bayt press Ankara: Turkey-2006. ss: 201-205.
6. Ege E, Timur S, Zincir H, et al. Türkiye'nin doğusundaki kadınların vaginal duş uygulamaları ve ilişkili davranışlar , 4. Uluslar arası üreme sağlığı ve aile planlaması kongresi sözlü bildiri, Ankara, 2005.
7. Demirbağ C. Kadınlarda İYE'de hijyenik alışkanlıklarla ilgili risk faktörleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000; 4(2):52-58.
8. Foch BJ, McDaniel ND, Chacko MR. Racial differences in vaginal douching knowledge, attitude, and practices among sexually active adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2001; 14:29-33.
9. Hacralioğlu N, İnandı T, Pasinioğlu T. Erzurum ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezine başvuran kadınlarda genital yol enfeksiyonlarının sıklığı ve risk faktörleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000; 3(2):11-17.
10. Çalışkan D, Çöl M, Akdur R, et al. Park sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu kadınlarda vajinal duş sıklığı ve etkili faktörler üzerine çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 1996; 49(2):73-80.
11. Akın B, Erdem H, Ege E. 15-49 yaş evli kadınlarda vajinal duş uygulanması ve olumsuz etkileri. *İnsan bilimleri dergisi* 2006;3.
12. Kirchner JT. Prevalence of vaginal douching despite its adverse effects. *American Family Physician* 2000; 61(3): 849-851.
13. Yağmur Y. Malatya ili Fırat Sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınların genital hijyen davranışları. *TSK koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6(5):325-330.
14. Coşkun A. Rekürren üriner sistem enf. *Gülhane tıp dergisi* 2007; 50: 226-231.
15. Zincir H, Temel AB. RIA'ya özel danışmanlık ilkesine göre RIA uygulanması, genital hijyen eğitim ve vulvajinal enfeksiyonların görülme ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 19(1):60-67.
16. Hopkins WJ, Elkahwaji J, Beierle LM, et al. Vaginal mucosal vaccine for recurrent urinary tract infections in women: results of a phase 2 clinical trial. *J Urol* 2007; 177:1349-1353.
17. Mazzulli T, Simor AE, Low DE. Reproducibility of interpretation of gram-stained vaginal smears for the diagnosis of bacterial vaginosis. *J Clin Microb.*2004; 28:1506-8.
18. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *J Clin Microb* 1991; 29:297-301.
19. Zarakolu P, Hodoglugil NS, Aydın F, et al. Reliability of interpretation of gram-stained vaginal smears by nugent's scoring system for diagnosis of bacterial vaginosis. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease* 2004; 48(2):77-80.
20. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Ön Rapor. Tübitak Mart: Ankara, 2009.
21. Kaya H, Tatlı H, Açık Y, et al. Bingöl ili uydukenet sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş kadınların Aile Planlaması yöntem kullanım düzeyinin belirlenmesi. *F.Ü. sağlık Bilimleri Dergisi* 2008; 22(4): 185-191.
22. Anh PK, Khanh NT, Ha DT, et al. Prevalence of lower genital tract infection among women attending maternal and child health and planning clinics in Hanoi. Vietnam, Southeast Asian J Trop Med Public Health 2003; 34:367-373.
23. Chiaffarino F, Parazzini F, DeBesi P. Risk factor for bacterial vaginosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 117:222-226.
24. Eroğlu K, Akkuzu G, Vural G, et al. Postplesantal ve Erken Postpartum Rahim İçi Araç (RIA) Uygulamaları İle Postpuerperal ve İnterval RIA Uygulamalarının Etkililik ve

- Komplikasyonlar Yönünden İncelenmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma projesi: Ankara, 2003.
25. Martino JL, Vermund SH. Vaginal douching: Evidence for risks or benefits to women's health. *Epidemiologic Reviews* 2002; 24:109-124.
 26. Simpson T, Merchant JS, Grimley DM, et al. Vaginal douching among adolescent and young women: more challenges than progress. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004;17:249-258.
 27. Yılmaz N, Saracoğlu F, Eğilmez P. Kadınlarda hijyen uygulamaları. *Kadın Doğum Dergisi*. 2(2),10-15 (2003)
 28. Oh MK, Funkhouser E, Simpson T, et al. Early onset of vaginal douching is associated with false beliefs and high risk behaviour. *Sexually Transmitted Diseases* 2003; 30(9):689-669.
 29. Gazmararian JA, Bruce FC, Kendrick JS, et al.. Why do women douche? Results from a qualitative study. *Maternal and Child Health Journal* 2001; 5(3):153-159.
 30. <http://www.diyenet.gov.tr/> Accessed 12 February 2012.
 31. Hodooglugül NS, Aslan D, Bertan M. Intrauterine device use and some issues related to sexually transmitted disease screening and occurrence. *Contraception* 2000; 61:359-364.
 32. Abma JC, Chandra A, Mosher WD, Peterson LS, et al. Fertility, family planning and women's health: new data from the national survey of family growth, vital & health statistics-series 23, data from the national survey of family growth 1997;19:1-114.
 33. Çalışkan D. Geleneksel intravajinal uygulama" vajinal duş, lavaj" yapılmalı mı? Yapılmamalı mı? *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2005; 4:15-18.
 34. Kunin CM. Urinary tract infections in females. *Clin Infect Dis* 1994; 18:1-12.

Table 1. Identifying characteristics of groups

	GROUPS				X ²	SD	p
	COC		IUD				
	n	%	n	%			
Age							
19 and under	15	18.5	21	25.0	2.349	3	*0.503
20-29	15	18.5	20	23.8			
30-39	28	34.6	24	28.6			
40-49	23	28.4	19	22.6			
Working Status							
Employed	21	25.9	18	21.4	0.462	1	0.620
Unemployed	60	74.1	66	78.6			
Work							
Housewife	9	42.9	11	61.1	5.789	3	*0.122
Civil servant	3	14.3	5	27.8			
Blue-collar worker	9	42.8	2	11.1			
Education							
Literate	3	3.7	10	11.9	15.612	4	*0.004
Illiterate	7	8.6	8	9.5			
Elementary-Middle School	55	67.9	35	41.7			
High School	16	19.8	26	31.0			
University	0	0	5	6.0			
Social Security							
SSK	32	39.5	36	42.9	0.689	4	*0.953
Pension Fund	19	23.5	17	20.2			
Bağkur	19	23.5	19	22.6			
Greencard (Health Card)	5	6.2	4	4.8			
No	6	7.4	8	9.5			
Monthly Income							
TL 500-1000 (Middle-class)	23	28.4	13	15.5	4.160	2	0.125
TL 1001-2000 (With means)	40	49.4	51	60.7			
TL 2001-3000 (Very wealthy)	18	22.2	20	23.8			
Number of children							
1-2	27		20		t=1.405	163	0.162
3-4	27		22				
Number of births							
1-2	23		25		t=1.220	163	0.224
3-4	24		24				
Duration of use							
1-3 years	47	58.0	48	57.1	t=-2.34	163	0.816
4-6 years	22	27.2	22	26.2			
7 years and more	12	14.8	14	16.7			

*Fisher Chi-square test was used

Table 2. Descriptive characteristics of vaginal douching

	COC		IUD		X ²	SD	p
	n	%	n	%			
Practicing vaginal douching							
Yes	21	25.9	36	42.9	4.506	1	0.034
No	60	74.1	48	57.1			
Frequency of vaginal douching							
Once a week	5	23.8	10	27.8	0.306	2	*0.858
2-3 times a week	12	57.1	21	58.3			
1-2 times a month	4	19.0	5	13.9			
Where she found out about vaginal douching?							
From family elders	9	42.9	18	50.0	1.303	2	*0.521
On her own	11	52.4	14	38.9			
From friends	1	4.8	4	11.1			
Materials used in vaginal douching							
Water	3	14.3	7	19.4	1.087	3	*0.780
Soap and water	14	66.7	20	55.6			
Special perfumed materials	1	4.8	4	11.1			
Zefiran or vinegar-water	3	14.3	5	13.9			
For what purpose?							
For full ablution	5	23.8	10	27.0	5.733	3	*0.125
After sexual intercourse	12	57.1	11	29.7			
After a bath	4	19.0	18	43.3			
Does she regularly rinse out the vagina?							
Yes	17	81.0	32	86.5	0.313	1	*0.576
No	4	19.0	5	13.5			
Is VD harmful?							
Yes	29	35.8	64	76.2	0.551	1	0.102
No	52	64.2	20	23.8			
Number of times a week she has sex							
1-2	13	16.3	16	19.0	1.377	2	0.502
3-4	50	62.5	45	53.6			
5 and more	17	21.3	23	27.4			

*Fisher Chi-square test was used

Table 3. Distribution of some hygienic characteristics of the women

Groups Characteristics	COC		IUD		X ²	SD	p
	n	%	n	%			
Post-toilet cleansing from back to front							
Yes	57	70.4	22	21.2	23.42	1	0.000
No	24	29.6	64	78.8			
Drying after going to the toilet							
Yes	70	86.4	74	88.1	34.56	1	0.330
No	11	13.6	10	11.9			
Cotton underwear?							
Yes	50	61.7	63	75.0	22.55	1	0.000
No	31	38.3	21	25.0			
Always uses a sanitary pad							
Yes	56	69.1	13	15.5	4.418	1	0.036
No	25	30.9	71	84.5			
Uncomfortable discharge							
Yes	46	56.8	27	32.1	2.18	1	0.036
No	35	43.2	57	67.9			

Table 4. Comparison of urine and vaginal culture results in women taking COC or using IUD's

Factor	Groups						X ²	SD	p
	COC		IUD		Total				
	n	%	n	%	n	%			
URINE CULTURE									
No propagation	38	46.9	54	64.3	92	55.8	5.045	1	0.018
Propagation	43	53.1	30	35.7	73	44.2			
VAGINAL CULTURE									
No propagation	54	66.7	51	60.7	106	63.7	0.407	1	0.317
Propagation	27	33.3	33	39.3	60	36.3			

Table 5. Vaginal douching behavior according to method and comparison with urine and vaginal culture results

	Vaginal douching						X ²	SD	p
	Yes		No						
	N (81)	%	n (84)	%					
Propagation in the Urine Culture									
COC	Yes	13	16.0	30	37.0	0.89	2	0.346	
	No	8	9.8	30	37.0				
IUD	Yes	14	16.6	13	15.4	1.31	1	0.251	
	No	22	26.1	35	41.6				
Propagation in the Vaginal Culture									
COC	Yes	20	24.6	7	8.6				
	No	1	1.2	53	65.4	*48.09	3	0.000	
IUD	Yes	33	39.2	-	-				
	No	3	3.5	48	57.1	*72.47	1	0.000	

* Fisher Chi-square test was used

POSTPARTUM DEPRESYONUN EMZİRME ÜZERİNE ETKİSİ

THE EFFECTS OF POSTPARTUM DEPRESSION ON BREASTFEEDING

Yasemin ERKAL AKSOY¹, Fatma ÜNAL², Gökçe İNÇKE², Gülay ÇİL², Kübra ORUÇ², Tuba YILMAZ²,
Şilan YILDIRIM², Sema DERELİ YILMAZ³

ÖZET

Bu araştırma, postpartum dönemde olan kadınlarda postpartum depresyonun emzirme üzerine etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Konya ili doğumevi lohusa servisinde hizmet alan tüm kadınlar, örneklemini ise gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaşından büyük, okuma yazması olan 324 lohusa kadın oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyo-demografik bilgi formu, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon (EDSDÖ) ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ) kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Kadınların Emzirme Öz-Yeterlilik puan ortalaması 53,50±10,14 (min=19, max=70), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon puan ortalaması ise 8,77±5,40 (min=0, max=27), olarak bulunmuştur. Kadınların Emzirme EÖYÖ puanları ile doğumda sorun ve aile içi şiddet durumları arasında anlamlı fark vardır (p<0,05). Kadınların EDSDÖ puanları ile gebeliği isteme, doğum öncesi bakım alma, doğumda sorun, aile içi şiddet durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Araştırmamızda elde edilen bulgulara göre EÖYÖ ile EDSDÖ puan ortalamaları arasında negatif bir korelasyon belirlenmiştir. Araştırma sonucunda kadınların emzirme başarılarının orta düzeyde olduğu, dörtte birinin depresyonda olduğu ve depresyon ile emzirme arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Emzirme, Öz-Yeterlilik, Postpartum Depresyon

ABSTRACT

This study was performed to determine the effect of breastfeeding on depression experienced by women in the postpartum period. The population of the study was composed of women admitted to the maternity department of Maternity Hospital in Konya and the sample was composed of 324 voluntary literate women at the age of 18 and over. The data were collected with face-to-face interviews via the socio-demographic questionnaire created by the researchers, the Edinburgh Postnatal Depression (EPDS) and the Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES). The mean range of women's BSES score was 53.50±10.14 (min=19, max=70), and the EPDS score was 8.77±5.40 (min=0, max=27). Women's BSES scores were determined to be statistically significantly different as to the problems at birth and domestic violence (p<0.05). Women's EPDS scores were determined to be statistically significantly different as to wanted pregnancy, taking prenatal care, problems at birth and domestic violence (p<0.05). According to our findings, there was a negative correlation between EPDS and BSES scores. Women's breastfeeding success was determined to be at intermediate level, while a quarter of women were depressed. There was also a negative correlation between breastfeeding and depression.

Keywords: Breastfeeding, Self-Efficiency, Postpartum Depression

¹Öğretim Görevlisi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

²Lisans Öğrencisi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

³Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik ve doğum sonu dönem kadın yaşamındaki önemli gelişimsel olaylardan biridir. Postpartum dönemde meydana gelen morfolojik ve fonksiyonel tüm değişiklikler kadının ruhsal alanına yansır. Bu nedenle postpartum dönem kadında stres yaratan bir durum olduğu gibi kadında psikolojik problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (1, 2, 3). Bu dönem kadınların %70-85'inde ruhsal belirti ve bozukluklar ortaya çıkabilmektedir (4).

Depresyon, hafif ya da ağır düzeyde postpartum dönemde en sık görülen ruhsal bozukluktur (5). Kadınların yaklaşık %13'ü doğumdan sonraki 12 hafta içinde depresyona girmektedir (3). Doğumdan sonraki bir yıl postpartum depresyon için yüksek risk dönemi olarak kabul edilmektedir. Bir kez postpartum depresyon geçiren kadınlarda, takip eden 5 yıl içerisinde depresyona girme riski iki katına çıkmaktadır (6). Postpartum depresyonda anne bebek bağı ciddi şekilde bozulur. Depresif anneler bebek ile emosyonel bağ kurmada güçlük çekerler (7). Doğum sonu depresyonda erken tedavi semptomların ağırlığını azaltmakta, anne ve bebek üzerinde olabilecek olumsuz etkilenmeleri sınırlamaktadır (8). Bu nedenle doğum sonu bakım veren ebe ve hemşirelerin postpartum depresyon için risk taramaları yapmaları önemli bir sorumluluktur (9).

Postpartum dönemde emzirme, bebeklerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için en uygun, eşi bulunmaz bir beslenme yöntemi olup anne ile bebeğin sağlığı üzerinde çok özel, biyolojik ve duygusal etkiye sahiptir (10). Annenin bebeğine sağlıklı bir şekilde bakabilmesi ve uzun dönem emzirebilmesi için öncelikle kendi beden ve ruh sağlığının yerinde olması gerekir (6). Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan depresyon annenin, bebeğin ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta, annenin bebekle ilişkisini, bebek bakımını ve ebeveynlik rolünü olumsuz etkilemektedir (11). Avustralya'da 159 anne üzerinde yapılan

çalışmada, emzirme süresi uzun olan annelerin depresif belirti düzeylerinin düşük olduğu belirtilmiştir (12). Başka bir çalışmada depresif belirtinin yüksek olmasının, annenin emzirmeye devam etmemesi konusunda öngörücü bir faktör olduğunu vurgulanmaktadır (3). Özellikle postpartum dördüncü ve sekizinci haftalarda depresif belirtileri ortaya çıkan annelerin emzirmeyi bıraktıkları, emzirmeye yönelik öz-yeterliliklerinin daha az olduğu, bebeklerini besleme ve beslenme yöntemleri konularında daha fazla sorun yaşadıkları saptanmıştır (12). Bunların yanı sıra erken bebeklik döneminde annede görülen depresyon, bebeğin beslenmesini ve dolayısı ile bebek büyümesini olumsuz etkilemektedir (13). Dönmez ve Bükülmez yaptıkları çalışmada postpartum depresyondaki annelerin bebeklerini emzirme süresinin kısa olduğu ve bu nedenle risk altında olan bebeklerin daha az kilo aldıklarını bulmuşlardır (14). Bazı çalışmalarda annenin eğitim düzeyinin, emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (3, 15).

Ek olarak yapılan çalışmalarda da annenin bebeğini emzirmesinde (emzirmeye başlama, sürdürme, anne sütü verme) postpartum depresyon ve stres semptomlarının olumsuz etkisi olduğu görülmüştür (3, 16). Depresif anneler emzirme konusunda daha fazla kaygılanmakta, sütlerinin besleyiciliğinin ve miktarının yetersiz olduğunu düşünmektedirler. Bu nedenle emzirme konusunda olumsuz sonuçları azaltmak için depresyondaki anneyi tanımak ve tedavi etmek oldukça önemlidir (3, 17).

Bu araştırma, postpartum dönemde olan kadınlarda postpartum depresyonun emzirme üzerine etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma 1 Ocak 2016- 31 Nisan 2016 tarihleri arasında Konya ili doğumevinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Konya ili doğumevi

lohusa servisinde hizmet alan tüm kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü ise G*Power 3.0.10 programı ile bilinen puanı (7,64+5,39) 1 puanlık sapma içinde %95 güçle 316 kadın olarak hesaplanmıştır (3). Veri kayıplarını önlemek amacıyla araştırmanın örneklemine 324 lohusa kadın alınmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyo-demografik bilgi formu, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon (EDSDÖ) ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ) kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Sosyo-Demografik Bilgi Formu:

Postpartum annelerin yaşı, çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi, eğitim durumu gibi sosyo-demografik özelliklerine göre 20 soru yer almaktadır. Bilgi formu literatür araştırması yapılarak oluşturulmuştur.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği: Cox ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzey ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. EDSDÖ 10 maddeden oluşan, dörtlü likert biçiminde kendini değerlendirme ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur. Değerlendirmede 1, 2 ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanırken, 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. maddeler 3, 2, 1, 0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. EDSDÖ'nün Türkçe uyarlaması Engindeniz ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılmıştır. EDSDÖ'nün kesme noktası 12/13 olarak hesaplanmış olup, toplam ölçek puanı kesme noktasından fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin geçerlilik-güvenilirlik analizinde cronbach alfa değeri 0.79 olarak bulunmuştur (18, 19).

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği: 2003 yılında Dennis tarafından oluşturulmuştur. Ölçek emzirme öz-yeterliliğini değerlendirilen toplam 14 maddeden oluşmuştur. Ölçek 5'li Likert tipinde olup,

ölçeğin maddeleri 1 = "hiç emin değilim"den 5= "her zaman eminim"e kadar derecelendirilerek değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 14, en yüksek puan 70'tir; yüksek puan daha yüksek emzirme öz-yeterliliği anlamına gelmektedir. Dennis ölçeğin postpartum dönemde kullanılmasının uygun olduğunu belirtmektedir. Tokat, Okumuş ve Dennis tarafından Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin kısa şeklini Türkçe güvenilirlik geçerlilik çalışması yapılmış ve Cronbach alpha değerini 0.86 bularak ölçeğin Türk kültürü için uygun olduğu saptanmıştır (20, 21).

Araştırmaya başlamadan önce etik kurul kararı ve ilgili kurumdan izin alınmıştır. Lohusa servisine gelen her lohusaya araştırma hakkında açıklama yapılarak, sözel onamları alınmıştır. Postpartum odasına alınan anne bebeğini emzirirken araştırmacılar tarafından gözlemlenerek Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği, sonra da kişisel bilgi formu ve EDSDÖ annelerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayarda; Statistical PackageforSocialScience 16 (SPSS 16.0) paket programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler, Pearson Korelasyon Tekniği, Bağımsız gruplarda Student t testi gibi analizler yapılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan kadınların (n=324) yaş ortalaması 27,49±6,47, gebelik sayısı ortalaması 2,47±1,32, yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2,06±1,08 olup, doğum sayısı ortalaması 2,12±1,13'dür. Kadınların bebeklerinin doğum ağırlığı ortalaması 3021,54±503,37'dir.

Araştırma kapsamındaki annelerin %72,5'i ortaöğretim ve altı mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgusu ile benzer olarak Arslan (2011)'in yaptığı çalışmada annelerin %50,8'inin ortaokul ve altı mezunu olduğu saptanmıştır (22). Araştırma kapsamındaki annelerin eş eğitim düzeylerine bakıldığında %55,9'unun eşinin

ortaöğretim ve altı mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışma bulguları farklı çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (21, 23).

Araştırma kapsamına alınan annelerin büyük bir kısmının (%67) çekirdek aileye sahip olduğu saptanmıştır. Türkiye’de farklı bölgelerde yapılmış çalışmalarda da araştırma bulgusu ile benzer şekilde annelerin büyük bir kısmının çekirdek aileye sahip olduğu görülmektedir (3, 22, 23).

Kadınların %93,2’i çalışmamakta, %72,8’inin ailesinin aylık gelir düzeyi orta (gelir gidere denk) seviyededir. Arslan’ın çalışmasında kadınların (%46,4) gelir durumunu iyi olarak değerlendirdiği (22), Kurnaz’ın çalışmasında kadınların (%67) gelir durumunu gelir gidere eşit olarak değerlendirdiği görülmüştür (23). Ülkemizde sosyo-ekonomik düzeyin bölgelere göre değişim göstermesi ve kadınların kendi algılarına göre ekonomik durumlarını değerlendirmelerinin farklılığa neden olduğu düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan annelerin büyük bir kısmının (%85,8) sağlık güvencesi olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgusuna benzer olarak annelerin sağlık güvencesi olduğunu saptamıştır (22, 23, 25).

Araştırma kapsamına alınan annelerin %81,2’si isteyerek gebe kalmıştır. Yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir (22, 23).

Kadınların %16’sı gebelikte sağlık sorunu yaşamış, %61,4’ü doğum öncesi bakım almıştır. Kadınların %67,6’sı normal doğum yapmıştır. Kadınların %12,3’ü doğumda sorun yaşamış, %11,1’i aile içi şiddet görmüş, %12’sinin kronik bir hastalığı vardır (Tablo 1).

Tablo 1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin ve Gebeliğe, Doğuma İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=324)

Özellikler	Sayı	%
Eğitim Durumu		
Ortaöğretim ve altı	235	72,5
Lise ve üzeri	89	27,5
Eşinin Eğitim Durumu		
Ortaöğretim ve altı	181	55,9
Lise ve üzeri	143	44,1
Aile Tipi		
Geniş Aile	107	33,0
Çekirdek Aile	217	67,0
Ekonomik Durumu		
Gelirim giderden az (düşük)	75	23,1
Gelirim gidere denk (orta)	236	72,8
Gelirim giderden fazla (yüksek)	13	4,0
Sosyal Güvence Durumu		
Var	278	85,8
Yok	46	14,2
Gebeliği İsteme Durumu		
Evet	263	81,2
Hayır	61	18,8
Gebelikte Sağlık Sorunu		
Evet	52	16,0
Hayır	272	84,0
Doğum Öncesi Bakım		
Evet	199	61,4
Hayır	125	38,6
Doğum Şekli		
Normal doğum	219	67,6
Sezaryen doğum	105	32,4
Doğumda Sorun		
Evet	40	12,3
Hayır	284	87,7
Aile İçi Şiddet		
Evet	36	11,1
Hayır	288	88,9
Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	39	12,0
Hayır	285	88,0
Toplam	324	100,0

Günümüzde annenin ruh sağlığı anne sütü ve emzirmenin önemi kadar önemli bir konudur. Annenin bebeğini sağlıklı bir şekilde ve uzun dönem emzirebilmesi için öncelikle kendi ruh ve beden sağlığının yerinde olması gerekir. Depresif annelerin emzirme konusunda daha fazla kaygılandıkları, sütlerinin yeterliliği ve besleyiciliği konusunda olumsuz fikirlere sahip olduğu görülmektedir (6). Postpartum dönemde emzirme yenidoğanın sağlıklı

büyümesi ve gelişmesi için en uygun beslenme yöntemidir. Emzirme ile besleme annenin ve yenidoğanın sağlığı üzerinde çok özel biyolojik ve duygusal bir etkiye sahiptir (26).

Kadınların Emzirme Öz-Yeterlilik Toplam puan ortalaması 53,50±10,14 (min=19, max=70), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon puan ortalaması ise 8,77±5,40 (min=0, max=27), olarak bulunmuştur. Arslan'ın yaptığı çalışmada annelerin EÖYÖ puan ortalamasının 58,98±8,14 olduğu saptanmıştır (22). Benzer bir çalışmada çalışmaya katılan annelerin EÖYÖ puan ortalamalarının 40,63±10,22 puanı olduğu saptanmıştır (1). Bu sonuçlar bizim çalışmamızın bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların EÖYÖ ile EDSDÖ puanları arasında negatif bir korelasyon belirlenmiştir. Yapılan birkaç çalışmada çalışmamızın aksine emzirmenin postpartum depresyonla ilişkisinin olmadığı bulunmuştur (3, 27).

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon ölçeği puanlarını 12 ve üzerinde olanları depresyon kabul ederek yapılan sınıflamada;

kadınların %29'u depresyonda olup %71'i depresyonda değildir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda postpartum depresyon prevalansının %17 ile %30 arasında olduğu görülmektedir (11, 28).

Tablo 2. Kadınların Emzirme Öz-Yeterlilik ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Puanları Arasındaki İlişki (n=324)

Ölçekler	$\bar{X}\pm Sd$	
Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği	53,50±10,14	R = -0,424 p= 0,000
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	8,77±5,40	

Tablo 3'te kadınların tanımlayıcı özellikleri ile Emzirme Öz yeterlilik ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Puanları arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 3). Kadınların belirtilen bu tanımlayıcı özellikleri ile Emzirme Öz-yeterlilik arasında anlamlı olarak fark bulunamamıştır (p>0,05). Ancak kadınların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon puanları ile eğitim durumu, aile tipi, ekonomik durumu arasında anlamlı fark vardır (p<0,05).

Tablo 3. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Emzirme Öz Yeterlilik ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=324)

Ölçekler	Emzirme Öz-Yeterlilik			Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon		
	X±SS	p	F/t	X±SS	p	F/t
Eğitim Durumu						
Ortaöğretim ve altı	53,50±10,78	0,991	t= -0,012	9,22±5,58	0,016	t=2,419
Lise ve üzeri	53,51±8,25			7,60±4,73		
Eşinin Eğitim Durumu						
Ortaöğretim ve altı	54,02±10,67	0,297	t= 1,045	9,19±5,79	0,115	t=1,582
Lise ve üzeri	52,85±9,42			8,24±4,82		
Aile Tipi						
Geniş Aile	52,88±11,19	0,442	t= -0,731	10,50±5,64	0,000	t=4,140
Çekirdek Aile	53,81±9,59			7,92±5,07		
Ekonomik Durumu						
Gelir giderden az (düşük)	51,90±10,05	0,138	F= 1,995	9,97±5,26	0,001	F=7,073
Gelir giderden denk (orta)	53,80±9,91			8,65±5,31		
Gelir giderden fazla (yüksek)	57,38±13,60			4,07±5,31		
Sosyal Güvence Durumu						
Var	53,60±9,86	0,669	t= 0,428	8,58±5,26	0,163	t=-1,414
Yok	52,91±11,76			9,93±6,10		

Kadınların obstetrik özellikleri ile Emzirme Öz yeterlilik ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon puanları arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 4). Kadınların Emzirme öz-yeterlilik puanları ile doğumda sorun ve aile içi şiddet durumları arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Kadınların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon puanları ile gebeliği isteme, doğum öncesi bakım alma,

doğumda sorun, aile içi şiddet durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmamız kapsamındaki annelerin doğum öncesi bakım alanların EÖYÖ puan ortalaması $53,34\pm 9,19$ dur. Arslan'ın yaptığı çalışmada ise gebeliğinde doğum öncesi bakım alan annelerin EÖYÖ puan ortalaması ise $59,50\pm 7,79$ dur (22). Çalışma bulgumuz Arslan'ın çalışma bulgusu ile paralellik göstermektedir.

Tablo 4. Kadınların Gebeliğe ve Emzirmeye İlişkin Özelliklerine Göre Emzirme Öz Yeterlilik ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=324)

Ölçekler	Emzirme Öz Yeterlilik		Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon	
	X±SS	Test ve p	X±SS	Test ve p
Gebeliğe İlişkin Özellikler				
Gebeliği İsteme Durumu				
Evet	53,61±9,77	p=0,697	8,38±5,03	p=0,006
Hayır	53,04±11,68	t=0,390	10,49±6,55	t=-2,779
Gebelikte Sağlık Sorunu				
Evet	51,92±10,96	p=0,253	9,71±5,45	p=0,181
Hayır	53,80±9,97	t=-1,152	8,59±5,38	t=1,350
Doğum Öncesi Bakım				
Evet	53,34±9,19	p=0,722	8,22±5,44	p=0,019
Hayır	53,76±11,52	t=-0,357	9,65±5,23	t=-2,356
Doğum Şekli				
Normal doğum	52,87±10,25	p=0,100	9,10±5,40	p=0,110
Sezaryen doğum	54,82±9,82	t=-1,654	8,08±5,36	t=1,605
Doğumda Sorun				
Evet	50,57±8,98	p=0,035	11,37±6,07	p=0,005
Hayır	53,91±10,24	t=-2,164	8,41±5,20	t=2,935
Aile İçi Şiddet				
Evet	47,83±9,35	p=0,000	11,77±5,57	p=0,001
Hayır	54,21±10,02	t=-3,829	8,40±5,27	t=3,444
Kronik Hastalık Varlığı				
Evet	51,05±10,32	p=0,119	11,33±6,77	p=0,002
Hayır	53,84±10,08	t=-1,588	8,42±5,10	t=3,194

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınların Emzirme Öz-Yeterlilik puan ortalaması $53,50\pm 10,14$, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon puan ortalaması ise $8,77\pm 5,40$ olarak bulunmuştur. Kadınların tanımlayıcı özellikleri ile Emzirme Öz-yeterlilik arasında anlamlı olarak fark bulunamamıştır. Ancak kadınların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon puanları ile eğitim durumu, aile tipi, ekonomik durumu arasında anlamlı fark vardır.

Kadınların Emzirme öz-yeterlilik puanları ile doğumda sorun ve aile içi şiddet durumları arasında anlamlı fark vardır. Kadınların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon puanları ile gebeliği isteme, doğum öncesi bakım alma, doğumda sorun, aile içi şiddet durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Araştırmamızda elde edilen bulgulara göre EÖYÖ ile EDSÖ puan ortalamaları arasında negatif bir korelasyon belirlenmiştir. Araştırma sonucunda kadınların emzirme başarılarının orta düzeyde olduğu, dörtte

birinin depresyonda olduğu ve depresyon ile emzirme arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Bu bulgular doğrultusunda, annelere doğum öncesi bakımda daha fazla emzirme eğitiminin verilmesi, sağlık personelinin eğitime başlamadan önce veri toplayarak anne adayının emzirme durumunu etkileyebilecek fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel özellikleri değerlendirmesi gerekmektedir. Doğumdan sonra anne ile bebek arasındaki ilişkinin hemen sağlanması postpartum depresyonunu azaltarak annenin mental durumunun daha iyi olmasını sağlayacaktır. Annelerin kişilik ve annelik kimliğini algılayabilecek geliştirebilecek kurumlardan destek ve bakım alabilecek imkan sağlanmalıdır. Sosyo-kültürel olarak çevresinin özellikle eşinin emzirmeye ilişkin tutumları geliştirilmeli, annelere özellikle ilk emzirmelere de destek olmaları sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Küçükoglu S, Çelebioğlu A, Coşkun D. Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin Postpartum depresyon belirtileri ve emzirme öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 3(3): 921-32.
2. Karamustafaloğlu N, Tomruk N. Postpartum Hüzün ve Depresyonlar. Duygu Durum Dizisi 2000;2: 64-71.
3. Özkan H, Üst ZD, Gündoğdu A, Çapık A, Şahin SA, Erken postpartum dönemde emzirme ve depresyon arasındaki ilişki. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2014; 48(2): 124-31.
4. Erdem Ö, Bucaktepe GE, Özen Ş, Kara İH. Prepartum ve postpartum dönemde annelerin duygu durumlarının incelenmesi. Düzce Tıp Dergisi 2010; 12(3): 24-31.
5. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2006;17(4): 243-51.
6. Annagür BB, Annagür A. Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012; 4(3):279-92.
7. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. Türkiye Klinikleri J MedSci 2009; 29(1): 206-14.
8. Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptomprevalansı; obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Kriz Dergisi 2002; 10(1): 11-8.
9. Karaçam Z, Öner H. Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği'nin Türkçe'de kesme noktalarının hesaplanması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11(2): 61-71.
10. Akyüz A, Kaya T, Şenel N. Annenin emzirme davranışının ve emzirmeyi etkileyen durumların belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(5): 331-5.
11. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Sivas il merkezinde kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 26(2): 55-9.
12. Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? Acta Paediatrica 2007; 96(4): 590-94.
13. Avan B, Richter LM, Ramchandani PG, Norris SA, Stein A. Maternal postnatal depression and children's growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health. Arch Dis Child 2010;95(9): 690-5.
14. Dönmez H, Bükülmez A. Postpartum depresyonun, annelerin bebeklerini emzirme süreleri ve bebek büyümesi üzerine etkisi. Selçuk Tıp Derg 2015;31(4): 358-62.
15. Li L, Zhang M, Scott JA, Binns CW. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding by Chinese mothers in Perth, Western Australia. J Hum Lact 2004; 20(2): 188-95.
16. Rondo PH, Souza MR. Maternal distress and intended breastfeeding duration. J. Psychosom Obstet Gynaecol 2007; 28(1): 55-60.
17. Tokat MA, Okumuş H. Emzirme öz-yeterlilik algısını güçlendirmeye temelli antenatal eğitimin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2013; 10(1): 21-9.
18. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. Br J Psychiatr, 1987; 150: 782-6.
19. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Bahar Sempozyumları 1997; 1(1):51-2.
20. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing 2003; 32(6): 734-44.
21. Tokat MA, Okumus H, Dennis CL. Translation and psychometric assessment of the breast-feeding self efficacy scale short form among pregnant and postnatal women in Turkey. Midwifery 2010; 26(1):101-08.
22. ARSLAN GC. Yüksek Lisans Tezi; "Doğum sonu dönemde emzirme öz yeterliliği ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi" Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Emel EGE. Konya-2011.
23. KURNAZ D. Yüksek Lisans Tezi; "Erken postpartum dönemde annelerin emzirmeye ilişkin tutum ve başarılarını etkileyen faktörler" Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Hale UYAR HAZAR. Aydın-2014.
24. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. 2 hafta- 18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. Balkan Med J. 2011; 28: 385-93.
25. Özsoy S. Adölesan annelerin emzirmeye yönelik düşünce ve uygulamaları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2014; 22(2): 84-93.
26. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı. 11. Baskı. ISBN: 975-94661-0-4 Ankara-2012. ss: 499.
27. Sünter AT, Güz H, Canbaz S, Dünder C. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. TJOD 2006;3(1): 26-31.
28. Gümüş AB, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsak A. Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler. Yeni Symposium Journal 2012; 50(3):145-54.

ARAMA KURTARMA VE ACİL YARDIM ALANINDAKİ GÖNÜLLÜ KATILIMCI SİSTEMİNİN ALMANYA'DAKİ UYGULAMALARI VE TÜRKİYE KARŞILAŞTIRMASI

VOLUNTEER PARTICIPANTS SYSTEM IMPLEMENTATIONS IN GERMANY IN SEARCH, RESCUE AND EMERGENCY FIELD AND COMPARISON WITH TURKEY

Hüseyin KOÇAK^{1,2}, İsmail DEMİREZEN³, Toprak KESKİN⁴

ÖZET

Bu çalışma kapsamında Aksaray Afetler Araştırma, Eğitim ve Acil Yardım Arama Kurtarma Derneği olarak acil durum ve afetlere hazırlıkta Almanya'daki kurumların gönüllü katılımı üzerine bir inceleme gerçekleştirmiştir. Araştırma 23 Şubat 2014 – 9 Mart 2014 tarihleri arasında Almanya'nın Kuzey Westfalen eyaleti Essen şehrinde gerçekleşmiştir. Bu eyalette bulunan *Bundesanstalt Technisches Hilfswerk THW (Almanya Gönüllü Arama Kurtarma Birimi)*, *Deutsches Rotes Kreuz (Alman Kızıllıhaç)*, *Die Johanniter (Acil Yardım ve Sosyal Hizmet Vakfı)*, *Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) (Acil yardım ve Sosyal Hizmet Derneği)*, Essen İtfaiyesi kurumları ziyaret edilmiştir. Çalışma kapsamında Almanya'daki kurumların hepsinde gönüllülerin, sivil koruma alanının ayrılmaz bir parçası olduğu ve her aşamasında görev yaptıkları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Acil Yardım, Afet, Afet Tıbbı, Arama ve Kurtarma, Gönüllülük

ABSTRACT

In this study, as Aksaray Disaster Research, Education and Emergency Search and Rescue Association, a review over the voluntary participation of institutions in Germany in preparation for emergencies and disasters has been conducted. Research took place between the dates of February 23, 2014 - March 9, 2014 in city of Essen which is situated in the province of North Westfalen in Germany. In the province, such institutions as *Bundesanstalt Technisches Hilfswerk THW*, *Deutsches Rotes Kreuz*, *Die Johanniter*, *Arbeiter-Samariter-Bund (ASB)* and Essen Fire institutions were visited. In the study, it has been revealed the volunteers in all of the institutions in Germany are an integral part of the civil protection and serve at every stage. The developments set out in search, rescue and emergency assistance in Turkey, technological devices and machines are on the same level with the aforementioned institutions in Germany.

Keywords: Disaster, Disaster Medicine, Emergency, Search and Rescue, Voluntariness

*Bu çalışma T.C. Başbakanlık Ulusal Ajansı (Proje No: 2013-1-TR1-LEO02-49942) tarafından desteklenmiştir. Çalışmanın bir kısmı Uluslararası AFET14 Kongresinde ve ODTÜ Türkiye'nin Afet Risk Yönetimi 17. Yuvarlak Masa Toplantısında sözlü olarak sunulmuştur.

¹Araştırma Görevlisi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü

²Öğrenci, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Afet Tıbbı Doktora Programı

³Öğretmen, Aksaray Hüseyin Cahit Korkmaz Sağlık Meslek Lisesi

⁴Öğretmen, Aksaray Hazım Kulak Anadolu Lisesi

GİRİŞ

Kaza, acil durum ve afetler genellikle oluş zamanı ve yeri tahmin edilemeyen ve olduğunda hızlı bir şekilde müdahale edilmesi gereken durumlardır. Yanıt ekiplerinin ve toplumun bu gibi durumlara her an hazır bulunması yaralanma ve ölümleri azaltması açısından oldukça önemlidir. Dünya'da ve Türkiye'de yaşanan kaza, acil durum ve afetler bölgesel farklılıklar göstermektedir. Buna paralel olarak da alınacak tedbirler bölgelere göre değişmektedir. Afetler çok geniş nüfusu ve coğrafyayı etkilemekle birlikte, sadece kamusal çabalarla üstesinden gelinemeyecek derecede çok sayıda riskleri bünyesinde barındıran çok yönlü olaylardır. Bu gibi durumlarda meydana gelebilecek zararların azaltılabilmesi için en yetkili kurumdan toplumda yaşayan tüm bireylere kadar görev ve sorumluluklar düşmektedir (1). Arama ve kurtarma hizmetlerinin temel hedefi insan hayatının kurtarılmasıdır (2). Toplumda yaşayan bireylerin ilk yardım ve temel arama kurtarma ve itfaiyecilik gibi konularda eğitim almaları, acil durum yanıt ekiplerine (Ambulans, İtfaiye, Kızılay, arama ve kurtarma dernekleri gibi) gönüllü olarak katılmaları, güvenli toplum ve güvenli şehir kavramlarının oluşması ve gelişmesine katkı sağlayacaktır (3).

Gönüllülük kavramı toplumun bir bölümünü veya tamamını ilgilendiren sorunlarını hiçbir maddi kazanç beklentisi olmadan çözüme inisiyatifi gösterme iradesidir (4). Gönüllülük, insan ilişkilerinin temel bir dışı vurumdur (5). Aynı zaman da insanların içinde yaşadıkları topluma iştirak ve diğer insanlar için önemli olduklarını hissetme ihtiyaçları ile ilgilidir. Sivil Toplum Kuruluşları (STK) gönüllü olarak bir konuda çalışma yapma açısından oldukça önemli bir yapıdır. STK'lar pek çok farklı alanda yerel, ulusal ve uluslararası çalışmalar yürütmektedir (6). Acil yardım ve afetlerle ilgili çalışmalar yapan STK'lar arama, kurtarma, tıbbi müdahale ve insani yardım konularında hayati öneme sahiptir (7). Bunlar acil durum ve afet olaylarının öncesi, sırası ve sonrasında ulusal ve çok uluslu

organizasyonların sahihsiz bıraktığı boşluğu sağladıkları pek çok yardım faaliyeti ile doldurmaktadır (6). Bu yüzden acil durum ve afetlerde gönüllü organizasyonlar yerel, ulusal ve uluslararası boyutta öneme sahiptir.

Bu araştırmanın amacı; Almanya'daki gönüllü arama kurtarma ve acil yardım sistemlerini anlatmak ve Türkiye açısından benzerlik ve farklılıklar açısından değerlendirmektir.

MATERYAL VE METOD

Araştırma 23 Şubat 2014 – 9 Mart 2014 tarihleri arasında Almanya'nın Kuzey Westfalen eyaleti Essen şehrinde gözlemlere (yapılandırılmamış alan çalışması) dayalı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında gerçekleştirilen inceleme gezisine Aksaray Afetler, Eğitim ve Acil Yardım ve Kurtarma Derneğine üye olan 12 kişi katılmıştır. Katılımcıların 8'ini Öğretmen, 1'ini Diş Hekimi, 2'sini Aksaray AFAD (Afet ve Acil Durum Müdürlüğü) Çalışanı ve 1'ini de Ziraat Mühendisi mesleğine sahip kişiler oluşturmaktadır. Bulgular katılımcıların gözlemlerine ve kurum resmi yetkilileri tarafından yapılan kurumsal faaliyetleri anlatan sunumlar çerçevesinde değerlendirilmiştir. Çalışma kapsamında Westfalen eyaletinde bulunan *Bundesanstalt Technisches Hilfswerk THW (Almanya Gönüllü Arama kurtarma Birimi)*, *Deutsches Rotes Kreuz (Alman Kızılay)*, *Die Johanniter (Acil Yardım ve Sosyal Hizmet Vakfı)*, *Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) (Acil yardım ve Sosyal Hizmet Derneği ve Essen İtfaiyesi kurumları ziyaret edilmiştir.*

Bu araştırma T.C. Başbakanlık Ulusal Ajans tarafından finansal olarak desteklenmiştir.

BULGULAR

Ziyaret edilen kurumlar (8);

I. Bundesanstalt Technisches Hilfswerk THW (Almanya Gönüllü Arama Kurtarma Birimi) :

Bu kuruluş Almanya İçişleri Bakanı emriyle, 1950 yılında kurulmuştur. Alman Federal Ajansı Teknik Yardım (THW) Kanunu uyarınca kurulmuş ve işlemler bu kanuna göre yürütülmektedir. THW'nin temel amacı savaş halinde cephe gerisinde sivil savunma faaliyetlerini sağlamaktır (4, 9). Bu birimin faaliyetleri yıllar içerisinde gelişmelere paralel olarak değişmiştir. Bugün THW; trafik kazaları, endüstriyel felaketler, uçak kazaları, sel, heyelan, deprem gibi afetleri de kapsayacak şekilde geniş bir ölçekte arama kurtarma faaliyeti yürütmektedir. Ülke genelinde 8 eyalette, 66 büyük merkez, 1 barınma, 1 lojistik depo, 1 eğitim okulu ve 668 yerel birimde faaliyet göstermektedirler (Resim 1-2-3) (9). Bu birimin % 99'u gönüllülerden oluşan 83.807 üyesi bulunmakta, bu üyeler içerisinde 15.000 genç gönüllü (17+ yaş) yer almaktadır. THW gönüllüleri kendi eğitim merkezlerinde sürekli eğitime tabi tutarak göreve hazır halde bulundurmaktadır. 2010 yılı bütçesi 176.000.000 € dur. Bu bütçe tamamıyla merkezi hükümet tarafından karşılanmaktadır.

Resim 1. Bundesanstalt Technisches Hilfswerk THW, Almanya – 2014.(8)



Resim 2. Bundesanstalt Technisches Hilfswerk THW (Almanya Gönüllü Arama Kurtarma Birimi), Almanya – 2014.(8)



Resim 3. Bundesanstalt Technisches Hilfswerk THW (Almanya Gönüllü Arama Kurtarma Birimi), Almanya – 2014.(8)



THW sadece Almaya içerisinde değil yurt dışında da pek çok afet kurtarma operasyonlarında aktif görev almıştır. Bu görevler arasında 1999 Türkiye Marmara Depremi, 2004 Hint Okyanusu Deprem, (yardım operasyonları ve afet bölgesinin orta vadeli yeniden inşası), 2005 Katrina Kasırgası, 2005 Pakistan Keşmir Depremi, 2010 Polonya Sel'i ve 2011 Japonya Tohoku Deprem ve Tsunamisi yer almaktadır (8).

Bu organizasyon içerisinde yer alan gönüllüler, olay yerine gittiklerinde orada bulunan devlet memurlarından yönetimi devralarak olaylara müdahale ederler.

Hizmet alanları;

- ✓ Köprü İnşaat,
- ✓ Komuta, Kontrol ve Haberleşme,
- ✓ Enkaz Arama kurtarma,
- ✓ Yıkım / Patlatma,
- ✓ Elektrik Kaynağı,
- ✓ Aydınlatma,
- ✓ Altyapı,
- ✓ Lojistik,
- ✓ Petrol Kirliliği,
- ✓ Sel ve Su taşkınları,
- ✓ Su Temini ve Arıtma yer almaktadır.

II. Deutsches Rotes Kreuz (Alman Kızıllaç)

Uluslararası Kızıllaç Örgütü'nün Almanya'da faaliyetlerini gösteren Berlin merkezli farklı eyalet ve şehirlerde 19 büyük merkezi bulunan ulusal bir dernektir (10).

Dernek 1800'lü yıllarda savaşta yaralanan askerlere bakım hizmeti vermek üzere kurulmuş bir örgüttür (10,11). Derneğin görev alanı şartların değişmesiyle birlikte yurt dışına insani yardım yapmanın yanı sıra, evde hasta ve yaşlılar için nitelikli bakım hizmeti verecek şekilde genişlemiştir.

Almanya içerisinde özellikle evde yalnız yaşayan yaşlılara sosyal hizmetler kapsamında ayaktan bakım, acil servis, gündüz çocuk bakımı hizmetini sunmaktadır. Ayrıca kuruluş ilk yardım eğitim kursları düzenlemektedir.

Resim 4. Deutsches Rotes Kreuz (Alman Kızıllaç), Almanya – 2014 (8).



Bu örgütün alt birimlerinden birisi Alman Kızıllaç (RCY) Gençlik birimidir. Bu kuruluşta 6-27 yaş arası yaklaşık 113.000 çocuk ve ergenle gönüllü olarak ilgilenilmektedir. 1964 yılından beri her yıl 10.000 gönüllü gence çeşitli eğitimler verilerek gönüllülük çalışmalarına katılmaları sağlanmaktadır. Bu gönüllü gençlerle okul sağlığı hizmetleri, kan bağıışı kampanya çalışmaları, tatil ve eğlence kampları, İlk yardım kursları düzenlenmektedir (Resim 4)(8).

Özellikle evde yalnız yaşayan yaşlılara sunulan hizmetler ön plana çıkmakta, yaşlıların evlerine yerleştirilen çağrı cihazları

sayesinde günlük kontrolleri yapılmakta ve çeşitli hizmetler verilmektedir. Bu kişilerin evlerinin anahtarları Kızıllaç Birimlerinde bulunmaktadır (Resim 5).

Günlük Kontrollerde;

- ✓ Yaşlı bireylerin Her gün sağlıklı olup olmadığının takibi
- ✓ Ev temizliği ve kişisel bakımlarını yapamayanlar için evlerine giden gönüllülerle yardımcı olmak.
- ✓ Demans (Unutkanlık) hastası yaşlıların ilaç saatlerinde gidilerek ilaç alımını sağlamak,
- ✓ Yaşlılara kitap okumak, yürüyüş yaptırmak gibi hizmetlerin tamamı gönüllüler tarafından yerine getirilmektedir.
- ✓ Bu hizmetler sayesinde yaşlılar komşularıyla iletişim kurup, alışverişe çıkarak toplumsal hayata katılımları sağlanmaktadır.

Resim 5. Yaşlı Çağrı Sistemi, Almanya – 2014 (8).



Bu sayede yaşlıların daha kaliteli ve uzun hayat sürmeleri sağlanmış olmaktadır.

Almanya genelinde günlük 15.000 ünite kan bağıışına ihtiyaç vardır. Bu ihtiyacın % 80'i Alman Kızıllaç'ı tarafından sağlanmaktadır. Kan bağıışında bulunan donörlere yaptığı bağıış miktarı ve süreyle bağılantılı olarak çeşitli hediyeler (saat, rozet, anahtarlık, plaket vb) verilmektedir (Resim 6) (8).

Resim 6. Deutsches Rotes Kreuz (Alman Kızıllaç), Almanya 2014 (8).



Verilen hizmetlerin maddi karşılığı kişilerin sigorta sistemleri tarafından kurumlara ödemesi yapılarak kurumların hizmetlerine devam etmesi sağlanmaktadır.

III. Die Johanniter (Acil Yardım ve Sosyal Hizmet Vakfı)

Acil Yardım ve Sosyal Hizmet Vakfı acil yardım, arama, kurtarma, ilkyardım eğitimleri ve yaşlılara sosyal yardım hizmeti sunmak amacıyla 1952 yılında kurulmuştur.

Almanya genelinde 12.000 tam zamanlı, 30.000 aktif gönüllü çalışanı ve 10.000 genç gönüllüsü ile yaklaşık 1.500.000 kayıtlı üyesi bulunmaktadır. Vakfın gelir kaynağı üye aidatları, bağışlar ve merkezi hükümet tarafından sağlanan ödeneklerden oluşmaktadır. Elde edilen gelirler ile araç-gereç donanımı satın alınarak hizmetlerini yürütmektedir. Çalışma kapsamında Essen şehrinde bulunan birim ziyaret edilmiştir (Resim 7) (8).

Resim 7. Die Johanniter (Acil Yardım ve Sosyal Hizmet Vakfı), Almanya 2014 (8).



2012 yılında verilen hizmetler arasında:

- ✓ 34,555 İlkyardım kursiyeri,
- ✓ 128 evde yaşlılara yapılan müdahale,
- ✓ 6,000 Arama Kurtarma hizmeti,
- ✓ 16,600 Ambulansla yapılan acil tıbbi müdahale,
- ✓ 9.600 Kan ve organ taşınması yer almaktadır.

Tüm bu faaliyetler Essen şehrinde bulunan birim tarafından gerçekleştirilmektedir (Resim 8-9).

Resim 8. Die Johanniter (Acil Yardım ve Sosyal Hizmet Vakfı), Almanya 2014 (8).



Resim 9. Die Johanniter (Acil Yardım ve Sosyal Hizmet Vakfı), Almanya 2014 (8).



Ayrıca sivil koruma kursları, yönetici kursları gibi alanlarda eğitim hizmetleri verilmektedir. Kurumdan alınan kurs belgeleri tüm resmi kurumlarda geçerli olup işe yerleştirilmek için kullanılmaktadır. Kurslar vakıfta gönüllü çalışma yapacaklar için ücretsiz verilmekte olup diğer katılımcılardan bağış olarak ücret alınmaktadır.

IV. Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) (Acil Yardım ve Sosyal Hizmet Derneği)

Acil Yardım ve Sosyal Hizmet Derneği 1988 yılında Berlin'de kurulmuştur. Acil yardım, ilkyardım ve sosyal bakım hizmeti veren bir dernektir (12). Temel olarak iş kazaları sayısını azaltmak ve bunlardan korunmayı yaygınlaştırmak amacıyla kurulmuş olan ASB'nin temel faaliyet alanı; ilk yardım eğitim kursları ve iş sağlığı ve güvenliği kurslarıdır.

Almanya genelinde 33.000 tam zamanlı, 16.000 aktif gönüllü çalışanı, 10.000 genç gönüllüsü, 5.000 toplum hizmeti gönüllüsü ile kayıtlı yaklaşık 1.500.000 üyesi bulunmaktadır (8). Derneğin çalışmaları üyelerden aldığı aidat ve bağışlar yanı sıra merkezi hükümet tarafından sağlanan bütçeyle araç-gereç alımını sağlamakta ve hizmetlerini sürdürmektedir. ASB, 88 yıldır uluslararası insani yardım ve kalkınma yardımları yapmaktadır.

ASB'nin Hizmet Alanları (8,12):

- ✓ Acil kurtarma hizmetleri,
- ✓ Temizlik yardımı,
- ✓ Yemek hizmetleri,
- ✓ Evde bakım,
- ✓ Engelli yardımı,
- ✓ Anaokulları (okul öncesi eğitim),
- ✓ Psikolojik problemlilere ait bakım merkezleri,
- ✓ İlk yardım Eğitimi Hizmetleri,

Çocuklar, gençler ve yaşlılar için yardım gibi sosyal ve sağlık hizmetleri alanında farklı etkinliklerle bir dizi faaliyetlerde bulunmaktadır. En son üzerinde çalıştıkları proje: **“Ölüme yakın olan kişilerin son isteklerinin gerçekleştirilmesi”** ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır (Stadyumda maç izlemek, denizi görmek, v.b). Bu kişiler için hazırlanmış özel donanımlı Ambulanslarla hizmet sunulmaktadır (8).

V. Essen İtfaiyesi:

Essen bölgesi 450.000 nüfusuyla bölgenin büyük şehirlerinden biridir. Essen İtfaiyesi 110 yıllık geçmişiyle Almanya'nın en büyük ve tecrübeli itfaiye birimidir. Kurum 550 aktif gönüllü itfaiyeci, 750 tam zamanlı çalışan itfaiyeciyle hizmet vermektedir. Modern araç gereç ve ekipman parkı vardır (Resim 10-11) (8).

Resim 10. Essen İtfaiyesi, Almanya 2014 (8).



Essen İtfaiyesi Hizmet Alanları;

- ✓ Önleyici ve aktif yangın koruma,
- ✓ Acil hizmetler (Acil bakım ve hasta nakil),
- ✓ Teknik yardım,
- ✓ Çevresel tehditler (Sel, toprak kayması),
- ✓ Eğitim Faaliyetleri,
 - Yangın Güvenliği,
 - İlk yardım,
 - Arama Kurtarma,
 - KBRN, Dezenfeksiyon,
 - Öğrencilere eğitici geziler.

Arama kurtarma, itfaiye, acil yardım birimlerinin hizmet binaları, eğitim merkezlerinin mimari özellikleri incelenerek Türkiye'de yeni yapılacak olan acil yardım hizmet binalarının inşasında göz önünde bulundurulmalıdır. Bu binalara özellikle eğitim salonu, spor salonu eklenerek personele sosyal ve sportif çalışma alanı oluşturulmalıdır.

Resim 11. Essen İtfaiyesi, Almanya 2014 (8).



TARTIŞMA

Uluslararası Kızılay/Kızıllaç hareketinin bir unsuru olan Türk Kızılay Derneği 4.000 çalışanı, 150.000 aktif üyesi ve 2.000.000'dan fazla gönüllüsü ile ulusal ve uluslararası çapta faaliyet gösteren bir dernektir (13). Derneğin Türkiye genelinde 700'ün üzerinde şubesi bulunmaktadır. Genel bir kanı olarak devlet kurumu sanılan Türk Kızılay'ı bilinenin aksine devletin himayesi altında kamu yararına çalışan bir dernektir.

Derneğin amacı; her koşulda, her yer ve zamanda, hiçbir ayırım yapmaksızın, her ne sebeple ortaya çıkarsa çıksın insan ıstırabını dindirmek amacıyla, korunmasız insanlara yardım etmek, insan hayatını ve sağlığını koruyarak onun kişiliğine saygı gösterilmesini sağlamak ve insanlar arasındaki karşılıklı anlayışı, dostluğu, saygıyı, işbirliğini ve sürekli barışı geliştirmeye destek olarak insan onurunu korumaktır (14). Bu doğrultuda Kızılay afet ve acil durumlarda yiyecek, su, battaniye, giyim gibi temel insani yardım konularında yardım yapmak üzere ivedilikle harekete geçmektedir. Afet Operasyon Merkezi aracılığı ile ülke genelindeki çalışmalarını koordine etmektedir. Alman Kızıllaç'ı ile gönüllü sayıları açısından karşılaştırıldığında oldukça başarılı olduğu görölmektedir.

Almanya'daki Die Johanniter'e benzer bir acil yardım vakfı Türkiye'de bulunmamaktadır.

Türkiye'de arama kurtarma ve acil yardım alanında ortaya konan gelişmeler kullanılan teknolojik cihaz ve makineler Almanya da inceleme yapılan birimlerle aynı seviyede olduğu görölmüştür. Bunun sebebinin bu tür cihazların yurt dışından getirilmesi sebebiyle son teknolojinin yakalanıldığı düşünölmektedir. Personelin eğitimi, toplumun bu hizmetlere gönüllü olarak katılımı ve verilen eğitimlerin ve katılımın sürekliliği noktasında Türkiye'nin oldukça geride olduğu düşünölmektedir. Bu nedenle verilen hizmetin kalitesi ve devamlılığının sağlanması ve toplumun gönüllü katılımı konusunda aşağdaki hususlara dikkat edilmesi önerilmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye'deki yanlış bir algılama da gönüllülük kavramının "gönlünce davranma" şeklinde algılanmasıdır (15). Gönüllü olarak yer alan kişilerin arama, kurtarma ve acil yardım alanındaki uygulamaları profesyonel bir şekilde yapabilmeleri için müdahale standardı sağlanmalıdır. Aşağda arama, kurtarma, insani yardım konularında çalışmalarda gönüllü katılımını artırmak ve sistemi geliştirmek için önerilerde bulunulmaktadır.

1. Arama kurtarma ve acil yardım alanlarından her biri için her ilde aktif gönüllü grupları oluşturulmalı ve bu gruplar kendi alanlarıyla ilgili çok iyi eğitimden geçirilmelidir. Gönüllülük sistemini uygulayan ölkelerin sistemleri incelenerek konuyla ilgili **yasal altyapının** detaylarıyla oluşturulması gerekmektedir. Gönüllü itfaiyecilik sistemi ülke genelinde yaygınlaştırılmalıdır (16).

Gençlerimizin toplum hizmeti/gönüllülük konularında özendirilebilmesi için yaptıkları toplum hizmeti/gönüllü hizmetler konusunda eğitim hayatlarında, işe yerleştirilmeleri konusunda öncelik sağlanmalıdır. Ayrıca gönüllü hizmet karşılığında kupon, ücretsiz otobüs bileti gibi uygulamalar yapılabilir.

Personelin fiziki şartları Almanya'da oldukça yeterli ancak Türkiye'de personelin fiziki özelliklerinin (boy, kilo vb.) herhangi bir kriter olmadan veya bu kriterleri sadece belirli kurumların uygulaması ülke genelinde standartların oluşturulamaması açısından olumsuzluk olarak göze çarpmıştır.

2. Her bölge veya ilde karşılaşılan afet ve kazalar sıklıklarına göre değerlendirilip o konular üzerinde yoğunlaşarak diğer riskler göz ardı edilmeden planlamalar yapılmalıdır.

3. "**Yaşlı Alarm**" sisteminin incelenerek yasal ve uygulanabilirlik altyapısının değerlendirilmesi ve kamu/sivil toplum örgütleri vasıtasıyla "**evde yalnız**

yaşayan” insanların hizmetine sunulması sağlanmalıdır.

4. Toplumda temel ilkyardım bilinci oluşturulmalıdır. Bu amaçla ilköğretim çağından başlayarak başta üniversiteler olmak üzere konusunda uzman kişi ve kurumlardan destek alınarak her yaş grubundaki bireye uzanacak **uygulanabilir, uzun vadeli ve gerçekçi eğitim planlamaları** yapılmalıdır. Bu eğitimlerde bireylerde davranış değişikliği temel alınmalıdır (17). Yıllar içerisindeki gelişimi izlemek için bilimsel araştırmalar yapılmalıdır.

- * İnceleme yaptığımız kurumlarda verilen sertifikalı ilkyardım eğitimlerinin ülke genelinde geçerliliğinin olduğu,
- * Sürücü belgesi alacak kişilerin bu merkezlerden sertifika aldıktan sonra sürücü olabildikleri,
- * Okullar da verilen ilkyardım eğitimleri sonrası yılsonunda ilkyardım konusunda ödüllü teori/uygulamalı yarışmalarının yapıldığı görülmüştür.

Benzer uygulamalar Türkiye’de de yapılabilir.

5. Arama Kurtarma alanındaki eğitim birimlerinin (THW) müfredat ve uygulama konularının ve eğitim birimlerinin mimari özellikleri (dış mekân uygulama alanlarının) incelenerek ülkemizde yapılacak olan eğitim alanlarına örnek teşkil etmesi gerektiği düşünülmektedir.

6. Almanya’da bu konuda çalışma yapan derneklerin kamu kaynakları ile de desteklediği görülmektedir. Bu sayede oldukça yüksek gönüllü katılımı sağlanabilmektedir. Türkiye’de bu konuda gerek yerel gerek ülke genelinde çalışma yapan dernek ve vakıflara her yıl maddi katkı sağlanması kurumsallaşmayı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Kadioğlu M. ve Özdamar E. (2008). Afet Zararlarını Azaltmanın Temel İlkeleri. Kadioğlu M. Modern, Bütünleşik Afet Yönetiminin Temel İlkeleri. JICA Türkiye Ofisi, yayın No:2, İsmat Matbacılık s.30
2. Kocak, H. (2014). T.C. Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı Deniz ve İç Sular Genel Müdürlüğü Ana Arama Kurtarma Koordinasyon Merkezinin 01.01.2001 ile 31.12.2012 Tarihleri Arasındaki Deniz Kaza/Olay Raporları ile Tıbbi Tahliye Raporlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. s. 37
3. Kadioğlu M. ve Özdamar E. (2008). Afet Zararlarını Azaltmanın Temel İlkeleri. Çakacak, Ö. Toplum Afet Müdahale Ekipleri. JICA Türkiye Ofisi, yayın No:2, İsmat Matbacılık s.30.
4. Kaya, M., (2013). Türk Kamu Yönetimi’nde Gönüllülük ve Afet Yönetimi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek lisans Tezi (s.4, 41-42). Ankara.
5. Birleşmiş Milletler Gönüllüleri, “Dünya Gönüllüleri Durumu Raporu”, Türkiye: Art Press:2011.
6. Coppola, D. P. (2011). Introduction to International Disaster Management. Participant: Nongovernmental Organizations. Butterworth-Heinemann Elsevier Press. ISBN: 978-0-12-382174-4.s.483.
7. Haddow, G., D. AndBullock J., A. (2008). Introduction to Emergency Management. International Disaster Management. Butterworth-HeinemannImprintedElsevier. (8) s.271.
8. Yıldırım, A. ve Şimşek H. (2013). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayıncılık s.201.
8. Demirezen.İ. (2014) Almanya Teknik Gezi Notları.
9. THW. German Federal Agency for Technical Relief-An Overview. 24.02.2015 Erişim: 26.02.2015, http://www.thw.de/SharedDocs/Downloads/EN/background-informations/THW_im_Ueberblick.pdf?jsessionid=FBB3AD7C8C3F5EBAAF4299AA3B92587D.1_cid285?_blob=publicationFile.
10. Deutsches Rotes Kreuz. The German Red Cross. Erişim Tarihi: 26.02.2015, <http://www.drk.de/ueberuns/auftrag/english.html>.
11. Eryılmaz, M ve Dizer U. (2007). Afet Tıbbi. Özşahin, A. Almanya’da Afet Yönetimi Ünsal Yayınları. s.1522.
12. ASB. Reliefand Welfare. Erişim Tarihi: 26.02.2015, <https://www.asb.de/en/relief-and-welfare>.
13. Altıntaş, K., H. (ed.). HAMER Acil ve Afet Durumlarında Sağlık Yönetimi Kitabı. Şavur, E. Türkiye Kızılay Derneği ve Afetler. 1. Baskı ISBN: 978-975-491-360-6 Ankara - Hacettepe Üniversitesi Yayınları. (32) s.355-359.
14. Türkiye Kızılay Derneği Tüzüğü. Resmi Gazete, Sayı:21146, Tarih: 19 Şubat 2015.
15. Yavaş, H. (2005). Doğal Afetler Yönetimi Türkiye’de Belediyelerde Kriz Yönetimi. Orion Yayınevi. ISBN: 975-6043-02-4. S.242.
16. Adıgüzel, M., O. (2013). HAMER Acil ve Afet Durumlarında Sağlık Yönetimi. Acil ve Afet Durumlarında İtfaiye Hizmetleri. (33). s..365 Hacettepe Üniversitesi Yayınları. ISBN: 978-975-491-360-6.
17. Erkal T., Değerliyurt, M. (2012). Türkiye’de Afet Yönetimi. Doğu Coğrafya Dergisi. (2) 147-164.

ÖLÜM ZAMANI TAYİNİNDE ADLİ ENTOMOLOJİK DELİLLERİN KULLANIMI

USE OF FORENSIC ENTOMOLOGICAL EVIDENCE IN DETERMINING TIME OF DEATH

Meltem KÖKDENER¹

ÖZET

Adli entomoloji, böceklerin biyolojileri, davranışları ve ekolojileri ile ilgili bilgilerin adli araştırmalarda kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Böcekler cesedin biyolojik parçalanmasında önemli ajanlardır, çürümenin başlangıç evresinden itibaren cesede gelirler ve tahmin edilebilir düzende kolonileşirler. Adli entomolojinin en temel uygulaması ise ölüm zamanı tahminidir. Ölüm sonrası geçen zaman (Post-mortem interval=PMI) doğru tahmini ölüm araştırmalarının başarısında kritik öneme sahiptir ve cinayet araştırmalarında şüpheli sayısının azaltılmasına yardımcı olur. Entomolojik deliller özellikle ölümün üzerinden uzun zaman geçtiği ve diğer yöntemlerin kullanılmasının sınırlı olduğu durumlarda oldukça yararlıdır. Bu çalışmada entomolojik verileri kullanarak PMI tahmininde iki genel yaklaşım ele alınacaktır: Böcek süksesyon verileri ve böcek türlerinin gelişim evreleri. Adli entomoloji bir çok ülkede adli araştırmalarda çok önemli bir araçtır fakat ülkemizde adli entomolojik araştırmalar yeterince ilgi çekmemiştir. Bu çalışmanın amacı suç araştırmalarında hukuk personeli ve araştırmacıların entomolojinin öneminin farkına varmalarını sağlamaktır. Bu çalışmada ölüm zamanı tespit edilmesinin altında yatan bilimsel dayanak yorumlanmış, böceklerin ölüm zamanı tespitindeki önemi tartışılmış ve adli bilimlere entomolojinin katkısı araştırılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Böcekler, Larva, Ölümden Sonra Geçen Zamanın Tahmini

ABSTRACT

Forensic entomology is defined that the application of the study of insect biology, behavior and ecology to criminal matters. Insects are important agents in the biological breakdown of corpses. Insects are attracted to the decomposing body and colonize carcass in predictable sequence and they are important agents in the biological breakdown of corpses. The most basic application of forensic entomology is the estimated time of death. Correct estimation of post mortem is critical for the success of death research and It helps reduce the number of suspects in the murder investigation. Entomological evidence is particularly useful in estimating the time of death in cases where the post-mortem interval (PMI) is prolonged and the value of other methods is limited. In this publication, the two general approaches to estimation of the PMI using entomological data are reviewed: (a) use of individual species developmental patterns; and (b) use of arthropod succession data. Forensic entomology is recognized in many countries as an important tool in legal investigations. Unfortunately, it has not received much attention as an important investigative tool in our country. This paper reviews to make the investigators, law personnel and researchers aware of the importance of entomology in crime investigations. The present paper reviews the scientific basis underlying attempts to determine the time interval since death and discusses important postmortem processes.

Keywords: Insects, Larvae, Postmortem Interval

¹Yrd. Doç. Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Adli tıp; adaletin gerçekleşmesinde büyük rol oynayan, birçok uzmanlık alanı ile ortak çalışan bir bilim dalıdır (1). Adli entomoloji ise böcek ve eklem bacaklı bilgisinin suç olaylarında ve hukuk davalarında kullanıldığı bilim dalıdır (2,9). Adli entomoloji ölüm olaylarının çözümünde kullanılan yeni bir disiplindir ve klasik metodların kullanılmadığı durumlarda, suçun aydınlatılmasında kullanılan sessiz tanıklardır (2,3,8-12). İlk olarak 13. yüzyılda suç aletinin tespitinde kullanılan entomolojik deliller, günümüzde çürümüş ve iskeletleşmiş ceset analizinde, ölüm zamanı, ölüm yeri ve ölüm şekli tespitinde, cesedin taşınıp taşınmadığı (2,3,13) ve cesedin spesifik bölgelerinde incinme olup olmadığının tespitinde (13), kaçakçılık olaylarında, cinsel saldırı olaylarında (4,5,14), zehirlenmelerde (8), trafik ve uçak kazalarında, ihmal ve istismar gibi bir çok adli vakanın aydınlatılmasında kullanılmaktadır (2,14). Günümüzde adli entomoloji; sigorta ve miras sorunlarının çözülmesinde, tanıkların ifadelerinin teyit edilmesinde, kurban ve şüpheli bağlantısının ortaya konması gibi pek çok konuda yargıya yardım etmektedir (2,3,15). Ayrıca, suç bağlamında entomolojik deliller toplu mezarlar ve soykırım gibi insanlara karşı işlenen uluslararası suçların aydınlatılmasında da kullanılabilir. Bu derlemede suç araştırmalarında ve cinayet araştırmalarında adli entomolojik delillerin önemine dikkat çekilmesi, PMI tespitinde nasıl kullanılacağına literatür ışığında tartışarak, cesetteki böcek verilerin kullanılma olasılığı hakkında adli bakış açısı sağlanması, olay yeri araştırma uzmanlarının ve adli bilimlerle uğraşan profesyonellerin adli entomolojik verilere dikkatlerinin çekilmesi amaçlanmıştır.

I. Böceklerin insan vücudundaki posmortem değişimlerle ilişkisi

Böcekler insan kalıntılarını ilk keşfeden ve kolonize olan canlılardır (2,3,11). Şimdiye kadar keşfedilen bir milyona yakın tür

olmasına karşın keşfedilmeyi bekleyen bir o kadar daha tür olduğu tahmin edilmektedir (2,3,13). Vertebra cesetleri çok sayıda sinek türü için mükemmel bir yiyecek kaynağıdır. Çürümeye başlayan vücut çok sayıda biyolojik, fiziksel ve kimyasal değişimler geçirir, bu değişimler boyunca cesetten farklı kokular yayılır ve yayılan bu kokular bazı türlere çok çekici gelirken, bazı türler için daha az çekici olur. Böceklerin ceset üzerindeki kolonileşmesi tahmin edilebilir düzendedir (2,3,11). Ceset kalıntısındaki renk, görünüm, aynı türden canlıların varlığı çok sayıdaki türlerin cesede gelmesinde önemli rol oynar (2).

Smith (1986) cesetteki böcek faunasını 4 ekolojik gruba ayırmıştır; nekrofajlar, saprofajlar (omnivorlar), predatör/parazitik ve tesadüfi türler (10,11,15). Nekrofajlar ölümden hemen sonra çürüyen cesetlere gelen, kolonize olan ve cesetten beslenen türlerdir. Predatör ve parazitik türler cesetle ilişkili böceklerin en önemli grubunu oluşturup, direkt cesetten beslenmezler. Cesette bulunan diğer eklem bacaklıların larva ve pupalarını yerler. Bu gruba dahil olan schizophagous türleri, ilk olarak cesetten beslenir daha sonra larval evrede predatör olurlar. Omnivorlar hem cesetten, hem de cesette bulunan diğer türlerden beslenirler. Tesadüfi türler ise cesetten beslenmez, kendilerine uygun barınak, yer ararlarken tesadüfi olarak cesette bulunurlar (3,15).

II. Ölüm Sonrası Zamanın Tespiti (PMI)

Uzun yıllardır kriminal olaylarının çözümünde yararlanılan delil böcekleri en çok ölüm zamanı tayini için kullanılmaktadır (16,17). Cesedin bulunduğu yerdeki böceklerin davranışı, biyolojisi ve dağılımı bilgisinden yararlanılarak adli olayların çözülmesine çalışılır (8). Tıbbi parametreler ölümden sonraki 72 saat için sınırlıdır (16-19). Özellikle ölümün üzerinden uzun süre geçince, insan kalıntıları günler, haftalar veya aylar sonra bulunmuşsa tıbbi parametreler

sağlıklı kullanılmaz (rigor mortis ya da livor mortis) ve ölüm zamanının tespiti zordur (1,16-18). Entomolojik veriler, bozulmanın erken safhalarından başlayarak, ilerlemiş safhalarına kadar ölüm sonrası geçen zamanın tespit edilmesinde sıklıkla kullanılan neredeyse tek ve en güçlü delillerdendir (14,15,19). Nekrofaj böcekler ölümden çok kısa bir zaman sonra taze evrede cesede gelirler. *Diptera* grubu ve özellikle *Calliphoridae* familyasına ait türler ölümden çok kısa süre sonra koku kaynağına gelir ve yumurtlarlar. Yumurtadan çıkan larva gelişimi boyunca iki kere kütikül (epidermis) değiştirir ve bu her değişimle yeni bir larval evre başlar. Üçüncül larval evrede artık beslenme durur (post-feeding evre) ve cesetten uzağa doğru hareket eder (toprak içine, objelerin, taşın, yaprakların altına veya kapalı mekandaysa halı ve mobilyaların altına doğru hareket eder) buralarda pupa evresine girer ve metamorfoz tamamlanınca erişkin sinek ortaya çıkar.

PMI tahmini ölümlerle cesedin bulunması arasında geçen minimum ve maksimum zaman aralığını içerir (20). Minimum PMI (PMI_{min}) cesetteki böceğin gelişim zamanının, larval yaşının hesaplanmasıyla elde edilir. Böceğin gelişim evresinden yararlanarak PMI tespitinde; cesetteki böceğin doğru tür tespiti, olay yerindeki ısı değerleri ve cesette bulunan erişkin hale geçmemiş böceğin gelişim evresinin modellenmesi (gelişim hızı, gelişim evresi ve eşik değerinin bilinmesi) temel süreçtir (19).

PMI_{min} da ölüm, böcek cesede kolonize olmadan önce gerçekleşir ve ceset bulunduğu zaman toplanan larvanın gelişim evresine göre tespit edilir. Maksimum PMI (PMI_{max}) ise kişinin en son canlı görüldüğü zaman ile cesedin keşfedildiği zaman aralığını kullanarak tahmin edilmeye çalışılır (21). PMI_{max} mevcut böcek türlerinden ve bu türlerin aktivitesi için gerekli hava şartlarından yararlanarak tespit edilir. Ölümden sonra geçen zaman, özellikle cinayet soruşturmalarında hayati önem taşır.

PMI' in tespit edilmesiyle, suç şüphelilerin alanı daraltılır, hem suçlu ve kurbanın tanımlanması sağlanır, hem de kaybolmuş kişilerle kurban arasındaki bağlantıyı ortaya çıkarır (20). Böcek delillerini kullanılarak PMI tahmini için çok sayıda matematiksel metod vardır. En sık kullanılan metodlar larval yaşı (böcek gelişim evresi) ve böcek süksesyon bilgisidir.

A. Böcek Gelişim Evresinden Yararlanarak PMI Tespiti

Çürüme periyodunun ilk aşamalarında böcek gelişim evrelerini kullanarak PMI tahmininde yararlanılan iki yaklaşım vardır. Bu metodlardan biri böcek gelişim evresine göre hazırlanmış olan diyagramlar (isomorphen ve isomegalen) diğeri ise belirli bir gelişim evresine erişmek için gereken birikmiş saat ya da gün metodudur. Gelişimsel veriler farklı ısı derecelerinde kaydedilen sineğin gelişim evrelerinin süresinin kullanıldığı verilerdir. Boyutu (uzunluk ve ağırlığı) ve gelişim evresi (larval evreler ve pupa evresi) böceğin gelişim yaşının hesaplanmasında kullanılır (19). Böcekler canlı dokulara yumurtlamaz, ölümden sonra birkaç dakika içinde cesede gelir ve yumurtlarlar, dolayısıyla ölen kişide bulunan böceğin en yaşlı gelişim evresine (en yaşlı yumurta, larva veya pupa) erişmek için gereken zaman hesaplanır (21-23). Larvanın yaşı ise; larval uzunluk, larva gelişim evresinin tespiti ve gen ekspresyon yöntemiyle bulunur (24,25). Böcek gelişim evresinden yararlanarak PMI tespitinde maksimum PMI tahmin edilmez, minimum PMI tespit edilir. Olay yerindeki şartlara ve böcek türlerine bağlı olarak gelişim derecesi 1 gün- 1 aydan fazla zamana kadar PMI tespitini mümkün kılar (20).

Ceset kapalı bir alanda bulunmuşsa çevre şartları kontrollüyse ısı dalgalanmaları yoksa, ısı ve büyüme, gelişme arasındaki bağlantı daha önce hazırlanmış olan diyagramlarla (isomorphen ve isomegalen) ortaya konur. Bu metodlarda larvalar standart metodlarla öldürüldükten sonra ölçülür ve kontrollü

şartlar altında grafik hazırlanır. Yumurtadan erişkin hale gelinceye kadar geçen aşamalar, oluşan morfolojik değişimler büyüme eğrilerini içeren bu diyagramlarla tespit edilir, olay yerinden alınan larvanın uzunluğu direkt grafikten okunur, larvanın yumurtadan çıkma zamanı bulunarak PMI tespit edilir (26). İsomorfen diyagramda gelişimsel olayların (yumurtadan çıkma, 1. larval evre, dolaşımın başlangıcı, pupa evresinin başlangıcı) süresi X eksenine buna karşı gelen ısı Y eksenine yazılır. Cesetteki en yaşlı olgunlaşmamış larval evrenin ve olay yerindeki ortalama çevre ısısının bilinmesiyle doğru PMI hesaplanabilir. Bu modelin kullanımı kolaydır. Diğer 3 boyutlu diyagramda (isomegalen) uzunluk, ağırlık ve genişlik Z eksenine, buna karşılık gelen ısı Y eksenine ve zaman X eksenine yazılır. Olay yerinden veya cesetten toplanan en geniş (en büyük ya da en yaşlı) larva toplanır, ölçülür ve tespit edilir, bu veriler daha sonra çevresel ısılarla bağlı olarak özetlenir ve model oluşturulur. Bu model isomorfen diyagramdan daha doğru PMI_{min} tahminini sağlar. Larva pupa evresine girmeden önce yiyecek kaynağından uzaklaşır ve boyu kısalmır. Küçülmüş larva formunun büyük olan larva formundan yaşı büyüktür. Küçük larva formları deney kültürlerinde de yiyecek azlığı veya yüksek larvasal yoğunluk nedeniyle, larvalar arasındaki rekabet ve gelişimin yavaşlaması sonucu da görülebilir. İkinci olarak larvaların hacmi farklı solusyonlarda korunması esnasında larvanın boyutu kısılabılır, bu durum PMI tahmininde hataya neden olur. Yayınlanmış bu tarz diyagram azlığı ve sadece larval evrelerde kullanılması bu metodun sınırlılığıdır (17,19).

Termal toplama modeli denilen model bu üç model arasında en sofistike ve en çok kullanılan modeldir. Böcekler soğukkanlı hayvanlardır ve yaşam siklusları boyunca bir evreden diğer evreye geçebilmek için ısıya gereksinimleri vardır. Böceklerin gelişim hızı ve artan ısı arasında pozitif lineer bağlantı vardır, belli ısı değeri altında gelişimleri

durur, belli eşik değeri üstünde ise gelişimi yavaşlar. Bu üst ve alt eşik değeri arasında genç böceğin gelişim hızıyla ısı arasında doğrusal bir bağlantı olduğu bilinmektedir. Sineğin büyüme ve gelişimi için gereken ısı birimleri derece saat (ADH) ya da gün (ADD) olarak ifade edilir. Her gelişimsel evrenin kendi total gelişimsel gereksinimi vardır, her türün kendi gelişimini tamamlamak için derece gün sayısını tanımlaması gerekir. PMI_{min} altında yatan prensip cesette bulunan böcek türlerinin tanımlandıktan sonra bu aşamaya gelmeleri için gereken ADH zaman hesaplanır.

Böcek gelişim evrelerinden yararlanarak PMI tahminde cesede gelen her bir böcek türünü tanımlamak ve çeşitli sıcaklıklarda böceğin gelişim süresini bilmek oldukça önemlidir (19). Farklı sıcaklık derecelerinde böcek gelişim hızları değişir. Bilinen sıcaklıktaki larval uzunluk, farklı sıcaklıklardaki boy zaman ilişkisi tespitinde kullanılabilir. Cesette bulunan larvanın bu evreye gelebilmek için geçirdiği zaman hesaplanabilir. Her böcek türünün gelişimlerini tamamlamak için gereken ısı derecesinin farklı olması türler arasındaki referans bilgiyi sağlar (20,16). Birikmiş gün ya da saat modelinde yumurta evresinden erişkin çıkıncaya kadar ki böcek gelişim evrelerindeki ısı değerleri dikkate alınır. Gelişimsel ısı değerlerinin alt ve üst sınırları arasında yüksek varyans olması bu modelin eleştirilen yönüdür (19). Bu metodun kullanılması esnasında olay yerindeki ısı değerlerine de gereksinim vardır. Bu veriler en yakın hava istasyonu verileriyle karşılaştırılır. Farklı coğrafik bölgelerdeki gelişimsel verilerin karşılaştırılmasına dikkat etmek gerekmektedir.

$$ADH = (T - T_{min})^{\circ}C \times \text{time (in hr)}$$

ADH böcek larvasının gelişimi için gereken enerji saatlerinin belirli bir sayısını temsil eder.

B. Böcek Süksesyonundan Yararlanarak PMI Tespiti

Ölümden sonra geçen zamanın hesaplanmasında kullanılan bir diğer yöntem ise ceset üzerindeki eklem bacaklı süksesyonudur (15). Süksesyon modeli, belli türlere ait arthropodların cesette görülmeye başladığı zamana ve türlerin buldukları evreye ait bilgi içerdiğinden, hem minimum hem de maksimum PMI tahmininde kullanılabilir (ölümden birkaç haftadan birkaç yıla kadar geçen zamanda PMI tespitinde) kullanılırlar (20).

Entomolojik delillerin adli olayların çözümünde kullanılması için, cesede gelen sinek türlerinin bilinmesi ve tür tayininin doğru bir şekilde yapılması gerekir (13). Ancak bunun için öncelikle coğrafik özelliklere göre o bölgenin veya alanın böcek faunası ve çürüme evrelerine göre cesede gelen böceklerin geliş sırası doğru olarak bilinmelidir (böcek süksesyonu). Her bölgenin böcek faunası diğerinden farklıdır ve bir bölgeye ait böcek faunası başka bir bölge için kullanılamaz çünkü böcek türlerinin cesede ulaşma zamanı bölgeden bölgeye farklılık gösterir (26).

Bu metottan yararlanarak PMI tespitinin yapılması için böcek süksesyon veri tabanına gereksinim vardır (24,26). Dünyanın bir çok ülkesinde bölgesel veri tabanı oluşturmak üzere böcek süksesyon çalışmaları yapılmıştır (24,27-29). Ülkemizde de Ankara, Edirne ve Samsun bölgelerinde bu tarz çalışmalar yapılmıştır (1,30,31).

Olay yerinde cesetten toplanan örneklerin referans verilerle karşılaştırılmasıyla ölüm zamanı tespit edilmeye çalışılır (20). Cesedin bulunduğu coğrafik bölge, mevsimsel faktörler, sıcaklık, nem, habitat gibi faktörlerin böcek süksesyonuna etki ettiği ve değiştirdiği bilinmektedir (2). Dolayısıyla süksesyon verilerinden yararlanarak PMI tespit edilirken bu etkenler dikkate alınarak hesaplamalıdır.

Adli entomolojide sıkça kullanılan bu morfolojik metotlar özelleşmiş taksonomik bilgi gerektirmektedir. Fakat morfolojik kriterleri kullanarak bazı grup sineklerin larval evrelerindeki (*Sarcophagidae* familyasına ait türler gibi) tür tespiti esnasında hatalar yapılmaktadır. Larvaların yetiştirilmelerindeki bazı aksaklıklar ve erişkin hale geçmesi için geçen zaman adli araştırmancının çözüm sürecini güçleştirir. Son yıllarda bu hataları bertaraf etmek için böcek türlerinin tespitinde moleküler genetik metotlardan yararlanılmaktadır (11).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünyada ve ülkemizde de son yıllarda artan çok sayıda şiddet, cinayet, terör suçlarında kurbanların kimliklendirilmesi ve PMI tespitinde yaşanan problemler adli entomolojinin önemini bir kez daha gözler önüne sermiştir. Cinayet vakalarında cesedin etrafından böcek delilleri uygun şekilde toplanır, analiz edilir ve korunursa kurbanın ölüm zamanının doğru tahmini ve adli olayların çözümüne yönelik çok sayıda yararlı bilgi elde edilir.

Ancak, bilim adamları gözleri önünde olan zengin bir bilgi kaynağı olan böceklerin adli olaylara olan katkılarını uzun yıllar sonra fark edebilmişlerdir. Günümüzde pek çok ülkede adli entomologlar bilgi ve uzmanlık alanlarından yararlanmak üzere mahkemelere çağrılmakta ve adli araştırma ekibinin bir üyesi olarak kabul edilmektedir. Adli entomolojinin tüm dünyada adli bilimlerin alanındaki hızlı yükselişine rağmen, ülkemizde bu konudaki çalışmalar oldukça sınırlıdır (birkaç tez çalışması ve araştırmayı geçememiştir).

Ülkemizde, adaletin gerçekleşmesine yardım eden tüm disiplinlerde çalışan kişilerin böceklerin zengin bir bilgi kaynağı olduğunu fark edebilmeleri, adli olayların çözümüne sağladıkları katkıları anlamaları ve kullanımlarını arttırmaları gerekmektedir. Ayrıca, olay yerinden elde edilebilecek en küçük bir ipucunun olayın çözülmesine katkı

sağlayacağından, olay yeri uzmanlarına bu delillerin toplanması ve transferi konularında bilgi verilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Tüzün A, Yüksel S. Postmortem intervalin saptanmasında adli entomoloji. Türkiye Klinikleri, Journal of Forensic Medicine 2007; 4:23- 32.
2. Kökdener M. Doktora tezi;“ Adli Entomolojide Kullanılan Sinek Türlerinin Samsun'da Mevsimlere Göre Durumunun Belirlenmesi”. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Fen Bilimleri Bölümü, Tez Yöneticisi Yrd.Doç.Dr.Erdal Polat. İstanbul- 2012.
3. Kökdener M, Karapazarlıoğlu E. Adli Entomoloji. Düzce Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 3(2): 24- 28.
4. Kökdener M, Polat E. Insect succession on dog (canis lupus familiaris L.) Carcasses in Samsun province, Turkey. Munis Entomology Zoology Journal 2014; 9(2): 858- 869.
5. Polat E, Kökdener M. Seasonality of Insect Succession on Decomposing Dog (Canis Lupus Familiaris L.) Carcass in Samsun, Turkey: Their Importance in Forensic Science. Hacettepe Journal of Biology Chemistry 2014;42 (3): 429- 434
6. Gupta A, Setia P. Forensic Entomology, Past, Present and Future. Aggrawal's Internet Journal of Forensic Medicine & Toxicology 2004; 5(1): 50- 53.
7. Turchetto M, Vanin S. Forensic entomology and climatic change. Forensic Science International 2004; 146: 207– 209.
8. Sumodan PK. Insect detectives. Resonance 2002; 7(8): 51- 58
9. Lamia AA, Galal MD, Hameed SY. An initial Study of arthropod succession on exposed human left over parts in Assiut, Egypt. Journal of Forensic Medicine Clinic Toxicology 2009; 17(1): 55- 74.
10. Wolff M, Uribe, Ortiz A. A preliminary study of forensic entomology in Medellin Colombia. Forensic Science International 2001; 120: 53- 59.
11. Amendt J, Krettek R, Zehner R. Forensic entomology. Naturwissenschaften 2004; 91: 51– 65.
12. Catts EP, Goff ML. Forensic entomology in criminal investigations. Annual Review of Entomology 2008; 37: 253– 272.
13. Malgorn Y. Forensic entomology or how to use informative cadaver inhabitant. Problems of Forensic Science 2001;46: 76– 82.
14. Byrd, JH. Forensic Entomology. <http://www.forensiccareers.com>, [Erişim tarihi: 3. 05. 2014].
15. Smith KGV. A Manual of Forensic Entomology., British Museum of Natural History, Cornell University Press, London, 1986:13- 25.
16. Anderson GS. Determining time of death using blow fly eggs in the early postmortem interval. International Journal of Legal Medicine 2004; 118: 240– 241.
17. Ames C, Turner B. Low temperature episodes in development of blowflies: implications for postmortem interval estimation. Medical and Veterinary Entomology 2003; 17: 178– 186.
18. Zehner R, Amendt J, Svenja S, Sauer J, Krettek, R, Povolny D. Genetic identification of forensically important flesh flies (Diptera: Sarcophagidae). International Journal of Legal Medicine 2004; 118: 245–247.
19. Amend Forensic entomology: applications and limitations. Forensic Science Medicine Pathology 2011;7: 379- 392
20. Wells JD, LaMotte LR. Estimating the Postmortem Interval. Forensic Entomology. In; Byrd JH, Castner JL(eds). The Utility of Arthropods in Legal Investigations. Boca Raton: CRC Press; 2010. 367- 388.
21. Catts EP. Analyzing entomological data. In; Catts EP and Haskell NH, (ed.), Entomology & Death: A Procedural Guide. Clemson: Joyce's Print Shop; 1990; 124- 137.
22. Catts EP, Goff ML. Forensic entomology in criminal investigations. Annal Review of Entomology 1992; 37: 253- 272.
23. Anderson GS, VanLaerhoven SL. Initial studies on insect succession on carrion in southwestern British Columbia. Journal Forensic Science 1996;41: 617- 625.
24. Villet MH. Early Postmortem Changes and Stages of Decomposition. In: Amendt J, Goff ML, Carlo P, Grassberger CM (ed.), Current Concepts in Forensic Entomology. New York: Springer Dordrecht Heidelberg; 2010.1- 25.
25. Gunn A, (eds). Invertebrates in forensic science: Essential Forensic Biology, West Sussex: John Wiley Sons Ltd; 2007. 1- 3.
26. Anderson GS. Factors that influence insect succession on carrion. . In; Byrd JH, Castner JL (ed), The Utility of Arthropods in Legal Investigations Boca Raton, Florida: CRC Press; 2010: 201- 250.
27. Payne JA. A summer carrion study of the baby pig Sus scrofa Linnaeus. Ecology 1965; 46: 592- 602.
28. Tantawi TI, Elkady EM, Greenberg B, El Ghaffar HA. Arthropod succession on exposed rabbit carrion in Alexandria, Egypt. Journal of Medical Entomology 1996; 33: 566- 580.
29. Horenstein BM, Linhares AX, Rosso B, García, MD. Decomposition and dipteran succession in pig carrion in central Argentina: ecological aspects and their importance in forensic science. Medical and Veterinary Entomology 2010; 24: 16- 25.
30. Sabanoğlu B, Sert O. Determination of Calliphoridae (Diptera) fauna and seasonal distribution on carrion in Ankara province. Journal of Forensic Science 2010; 55(4): 1003- 1007.
31. Özdemir S, Sert O. Determination of Coleoptera fauna on carcasses in Ankara province, Turkey. Forensic Science International 2009;183(1-3): 24- 32.

TERÖR OLAYLARINDA HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ

PREHOSPITAL EMERGENCY HEALTH SERVICES MANAGEMENT IN TERROR INCIDENTS

Ali EKŞİ¹, Beliz YEKELER KAHRAMAN²

ÖZET

Terörizmde stratejiler her zaman daha fazla kitlesel hasar için oluşturulmaktadır. Patlama yaralanmalarında ölümlerin yaklaşık yarısı olay yerinde gelişir ve oluşan yaralanmaların önemli bir kısmında, hızlı ve iyi organize olmuş bir hastane öncesi acil sağlık sistemi mortalitede belirleyicidir. Hizmetin etkinliğinde, olay yeri güvenliği, nitelikli travma bakımı ve hastane nakil organizasyonu ön plana çıkmaktadır. Özellikle güvenlik önlemleri yeterli sağlanmayan olay yerlerinde bulunabilecek ikincil patlayıcılar, kitlesel hasarı arttırabileceği gibi müdahale personeline hasar oluşturabilir. Bu çalışmada her geçen gün daha büyük risk oluşturan patlama olaylarında, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin etkin yönetimi için yapılması gereken müdahale eylemleri ile ilgili kavramsal bir çerçevenin oluşturulması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Terörizm, Konvansiyonel Patlayıcılar, Patlama Yaralanmaları, Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri.

ABSTRACT

Strategies always focus on more mass damage in terrorism. About half of the deaths related with explosion injuries occur at the site and a fast and well organized emergency healthcare service before hospitalization is determinant for a significant portion of the injuries. The security of the incident scene, qualified trauma care and hospital transportation organization are important for the effectiveness of the service. Secondary explosives located at the site may increase mass damage especially if the security precautions are not sufficient thereby causing damage in the emergency response team as well. The objective of this study is to prepare a theoretical framework for the response actions that should be carried out in order to ensure the effective management of the emergency healthcare services given before hospitalization in explosion incidents which continue to create an increasing risk every day.

Keywords: Terrorism, Conventional Explosives, Explosion Injuries, Prehospital Care.

¹Yrd. Doç.Dr.Ege Üniversitesi Atatürk SHMYO/ İlk ve Acil Yardım Bölümü

²Öğr.Gör.Gümüşhane Üniversitesi SHMYO/ Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü

GİRİŞ VE AMAÇ

Yasa dışı grup veya örgütlerin stratejik, sosyal ve siyasal hedeflerine ulaşmak için oluşturdukları; korku, endişe ve dehşet ortamı “terörizm” olarak adlandırılır. Terörizmde hedef, toplumdaki güven duygusunu kırarak, kargaşa ve siyasi istikrarsızlık ortamı oluşturmaktır. Terörizm amaçlarına ulaşmak için genellikle kuvvet ve şiddet içeren eylemler kullanır. Terör örgütlerinin temel stratejisi her zaman toplumun daha fazla ilgisini çekecek büyüklükte hasar oluşturmak ve dikkat çekmektir. Bu nedenle de daha fazla ses getirecek kitlesel eylemler için özellikle insanların kitlesel olarak buldukları alanlara saldırırlar. Terörizm stratejisinde ikinci önemli özellikse, saldırılarda kısa sürede kitlesel hasar oluşturabilecek konvansiyonel patlayıcıların ya da kitlesel imha araçları olan “kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer (KBRN)” ajanların araç olarak kullanılmasıdır (1, 2).

Terörizm stratejileri her zaman insanoğlunu şaşırtmıştır. Terör saldırıları; basit, küçük hedefli ve kolay önlenbilir saldırılardan, son derece koordineli, sofistike ve en iyi güvenlik önlemlerini dahi hedefe alabilen, kitlesel hasar hedefleyen eylemler olabilir. Alışılmış olmayan veya akla gelmedik saldırı ya da 11 Eylül 2001 gibi aşılamaz denilen güvenlik önlemleri aşılarak yapılan saldırılar, hep hasarı büyötmek için planlanmıştır. Terör örgütlerinin yeni ve daha önce denenmemiş saldırı stratejileri geliştirme çabaları hep devam etmektedir. Bununla birlikte özellikle Ortadoğu’da terör saldırıları daha çok intihar saldırıları şeklinde gerçekleştirilmekte ve saldırı aracında konvansiyonel patlayıcılar olmaktadır. Türkiye’de Haziran 2016 itibari ile son bir yılda, konvansiyonel patlayıcı içeren 8 büyük terör eylemi gerçekleştirilmiş ve bu eylemlerde yaklaşık 240 kişi hayatını kaybetmiştir. Hastane öncesi acil sağlık sistemleri, terör saldırılarına karşı müdahale için hazırlıklı olmak ve en başta kendi

personeli olmak üzere insan hayatını korumak için dinamik bir süreç takip etmelidir. Terörizm saldırı stratejileri takip edilmeli, müdahale organizasyonu için dünya genelinde deneyimler paylaşılmalıdır (3, 4, 5).

Bu çalışmada, terörizmin halihazırda en önemli saldırı stratejisi olan konvansiyonel patlayıcılarla gerçekleştirilen olaylarda, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin etkin yönetimi için yapılması gereken müdahale eylemleri ile ilgili kavramsal bir çerçevenin oluşturulması amaçlanmaktadır. Çalışma, konvansiyonel patlamaların etkileri ve uygulanması gereken acil yardım hizmeti, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri açısından; patlama olaylarında olay yeri yönetimi ve risk değerlendirmesi de yönetim bilimleri açısından değerlendirilerek, multidisipliner bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmanın birinci bölümünde, terör örgütleri tarafından kullanılacak konvansiyonel patlayıcılar hakkında genel bir değerlendirme yapılacak, ikinci bölümde konvansiyonel patlayıcıların yaralılarda oluşturabileceği hasardan bahsedilecek, üçüncü bölümde de patlama olaylarında hastane öncesi acil sağlık hizmetleri yönetimi değerlendirilecektir.

1. Konvansiyonel Patlayıcılar

Konvansiyonel patlayıcılar, terör grupları için en kolay elde edinilebilen, kolay taşınabilen ve kolay kullanılabilen saldırı aracıdır. Terör saldırılarında en fazla “TNT”, “C4”, “Dinamit” ve “Nitrogliserin” içeren yüksek tesirli patlayıcı düzenekleri ile birlikte, “boru tipi düzenekler”, “barut içeren patlayıcılar” ve “molotof kokteyli” gibi düşük tesirli düzenekler kullanılmaktadır. Yapılış ya da elde etme şekillerine göre bakıldığında patlayıcıları; profesyonel amaç için yapılmış olanlar ve doğaçlama ya da amatörce yapılan patlayıcılar olarak sınıflandırmak mümkündür. Terör grupları, askeri amaçlarla kullanılan profesyonel patlayıcıları satın alarak, çalarak ya da başka yollarla elde etmektedirler. Doğaçlama

patlayıcıları ise tek başına patlayıcı etkisi olan ya da birleştiklerinde patlayıcı etki gösterebilen maddeleri birleştirerek yapmaktadırlar. Bir patlayıcının doğaçlama yapılmış olması, hasar gücünün düşük olduğu anlamına gelmemektedir. Bazı terör örgütlerinin, militanlarına tesir gücü yüksek doğaçlama bomba yapabilecekleri malzeme ve eğitimi sağladıkları bilinmektedir (6).

Terör eylemlerinde kullanılan konvansiyonel patlayıcılar, oluşturdukları basınç etkisiyle, tesir artırıcı dolgu malzemelerinin insan vücuduna penetrasyonu ile ve oluşacak yangın ile termal yaralanmalar oluşturarak zarar verir. Terörizm de konvansiyonel patlayıcılar her zaman daha büyük hasar stratejisi ile, basınç etkisinin artırılması amacıyla otobüsler, metrolar, metro istasyonları başta olmak üzere kapalı alanlarda kullanılır. Konvansiyonel patlayıcılar, insanların kitlesel olarak bulunduğu, çarşı-pazar yeri, tiyatro ve opera gibi kapalı toplanma alanlarında, çanta poşet ya da koli içerisine yerleştirilebilir. Kalabalık alanlarda zaman ayarlı olarak ya da uzaktan kumanda aracılığıyla patlatılabilir. Kalabalıkların içerisine, canlı bomba, otomobil, kamyonet aracılığıyla sokulabilir ya da 11 Eylül olaylarında yaşandığı gibi uçaklar doğrudan saldırı aracı olarak kullanılabilir (7).

Konvansiyonel patlayıcılarla gerçekleştirilen terör saldırılarında, ikincil bombaların kullanılması sık karşılaşılan bir durumdur. İkincil patlayıcıların kullanılmasında ki amaç, olay sonrası, olay yerine toplanan savunmasız halk ile birlikte, olaya ilk müdahaleyi gerçekleştirecek olan güvenlik ekiplerinin de içerisinde yer alan müdahale personellerine zarar vermektir. 2005’de Londra’da düzenlenen metro terör saldırısında, ardı ardına 3 bomba patlatılmış, 52 kişi ölmüş ve 700 kişi yaralanmıştır. 2006’da Hindistan Mumbai’de yapılan terör saldırısında, 11 dakikada 7 bomba patlatılmış ve 200’ün üzerinde ölüm ve 700’ün üzerinde yaralanma ile sonuçlanmıştır (8). Konvansiyonel patlayıcılarla

gerçekleştirilmiş olan terör olaylarında, olay yerinde patlamamış ikinci bir patlayıcının bulunması sık karşılaşılan bir durumdur. Bu tip durumlarda, olay yeri güvenliği için el telsizleri kullanılırken, şüpheli materyalden en az 15 metre uzakta olunması gerekir. Bu mesafe araç telsizleri için 50 metreye çıkarılmalıdır. Aynı durum cep telefonları için de geçerlidir. Mobil iletişim araçları, olay yerinde bulunan elektronik aksamli patlayıcılarda hareket oluşturup, patlatma mekanizmasını çalıştırabilir (9).

Son yıllarda değişen terörizm stratejilerinde kitlesel zarar amacıyla, kombine tehditler bir arada kullanılmaktadır. Bu tip olaylarda genellikle konvansiyonel patlayıcılarla birlikte, KBRN ajanlarının bir arada kullanıldığı görülmektedir. Bu yolla hem farklı ajanların etkileri birleştirilerek zararı arttırmak hedeflenmekte hem de kombine tehditlerin erken ve geç ortaya çıkan etkilerinden yararlanarak, saldırının etki süresi uzatılabilmektedir. Örneğin, bir konvansiyonel patlama ile biyolojik ajanların aynı anda kullanılması durumunda, ilk andaki hasar daha çok travma ağırlıklı olurken, geç dönemde biyolojik ajanın bulaş olmuş olabileceği kurbanlarda oluşan enfeksiyonlarla hasar oluşturulabilir. Kombine tehditlerin bazen kullanılma amacı, savunma sistemleri ya da koruma araçlarını etkisiz hale getirmek olabilir. Özellikle kirli bomba olarak adlandırılan radyoaktif materyal ile konvansiyonel patlayıcıların birleştirilmesi ile ciddi zayıat oluşturulabilir. Konvansiyonel patlayıcılarla koruma duvarları yıkılıp, insanlar savunmasız hale getirilerek radyasyona maruziyetleri artırılabilir (7, 10).

2. Patlama Olaylarında Yaralılarda Oluşabilecek Hasar

Patlama olaylarında mortalite, patlamanın olduğu yere göre değişir. Açık alanda olan patlamalarda yaralananlarda mortalite oranı %10’un altında kalırken, kapalı alanlarda olan patlamalarda bu oran %50’lere kadar çıkabilir. Kapalı alanlarda olan patlamalar,

hem patlama ile oluşan enerji dalgalarının daha etkili olması hem de binalarda oluşabilecek yapısal yıkıntılar nedeniyle daha büyük morbidite ve mortalite ile sonuçlanır. Kapalı alanlarda oluşan yaralanmalarda en fazla görülen yaralanma tipi, patlamayla oluşan enerji dalgasının oluşturduğu yaralanmalardır. Patlama olaylarından etkilenen yaralıların yaklaşık %70'inde ortak yaralanma bulgusu yumuşak doku yaralanmasıdır. Kritik kazazedelerin yaklaşık %10'unda kısmi ya da tam amputasyon görülür. Patlama sonrası ilk dakikalarda oluşan ölümlerin önemli bir kısmı masif akciğer yaralanması ve ortama yayılan gaz ve tozdan boğulma ile olur. Bu tip yaralılara, kısa sürede nitelikli acil sağlık hizmeti yetiştirilse bile muhtemelen kaybedilir. Nispeten daha geç ölümlerden ise pulmoner emboli, kafa travmaları, implante objeler ve diğer büyük travmalar sorumludur. Bu tip yaralılar için iyi organize olmuş acil sağlık hizmeti hayat kurtarıcı olabilir (11).

Patlama yaralanmalarında genelde ortak oluşum mekanizması, patlama ile kısa süreli oluşan çok şiddetli kinetik enerjidir. Patlama yaralanmalarını dört seviyede sınıflandırmak mümkündür.

2.1. Birincil patlama yaralanmaları

Birincil patlama yaralanmaları ortaya çıkan yüksek kinetik enerji tarafından oluşturulan, ilk basınç dalgasının sonucu olarak oluşur. Patlama olaylarında yaralanmaların yaklaşık % 20'si ilk basınç dalgası ile olmaktadır. Bu yaralanmaların, boyutu ve çeşidi birçok faktöre bağlı olmakla birlikte, özellikle ilk patlama dalgasının pik basıncı, süresi, yaralının patlama noktasına uzaklığı ve patlamanın olduğu ortama (kapalı/açık alan) bağlıdır. Birincil patlama dalgası ile en sık görülen yaralanmalar, kulak, solunum sistemi ve gastrointestinal sistem yaralanmalarıdır. Patlamanın şiddeti ile orantılı olarak, solunum sisteminde ciddi yaralanmalar oluşabilir. Pulmoner kontüzyon, pnömotoraks, hemotoraks, hava embolisi, subkutan amfizem gibi akciğer

yaralanmaları olabilir. Patlamanın hemen yakınında bulunan kişilerde pulmoner kontüzyon en sık görülen yaralanma çeşididir ve bu durum olay yerinde ölümlerin en önemli nedenidir. Akciğer yaralanmaları genelde ilk saatlerde karşılaşılan bir durum olsa da 48 saate kadar karşılaşılabildiği literatürde yer almıştır. Akciğer yaralanması olan bazı durumlarda hiperbarik oksijen tedavisi gerekebilir (12, 13).

Karın yaralanması; İçi gaz dolu olan, özellikle de kolon gibi organlar patlama yaralanmalarına daha hassastır. Bağırsak delinmeleri, aşırı karın içi kanama, mezenter yaralanmaları ve karaciğer ve dalak gibi solid organ laserasyonları ile karşılaşılabılır. Bağırsak yaralanmalarının belirtileri patlamadan hemen sonra ortaya çıkabileceği gibi, bulgu ve belirtilerin ortaya çıkması 48 saate kadar uzayabilir. Patlama yaralanmalarında, çocuklar karın yaralanmalarına karşı daha savunmasızdır. Çocuklarda, karaciğer ve dalak yaralanmaları ile daha sık karşılaşılır (14). Birincil basınç dalgasının, beyin ve kardiyovasküler sistem etkileri nispeten daha az görülür. Beyin sarsıntısı, travmatik beyin yaralanması ve miyokard kontüzyonu gibi durumlarla karşılaşılabılır. Yetişkin yaralıda, karaciğer ve dalak gibi kanlanma yönünden zengin solid organ yaralanmaları ve testis rüptürü gibi durumlar, nispeten daha yüksek enerjili patlamalarda ortaya çıkar. Kulak zarı hasarları, patlama yaralanmalarında en sık görülen yaralanma tipidir. Kulak yaralanmaları patlamalar sonrası, şiddetli çınlama, geçici veya kalıcı işitme kaybına neden olabilir. Yaralıların önemli bir kısmında göz yaralanmaları ile karşılaşılır (11, 15).

2.2. İkincil patlama yaralanmaları

Patlama dalgası ile savrulan enkaz ve patlayıcılarda tesiri arttırmak için kullanılan malzemelerin neden olduğu delici ve künt yaralanmalardır. Bu tip yaralanmalara maruz kalanlar, patlama alanına nispeten uzak olan yaralılarıdır. 1998 ABD'nin Nairobi, Kenya

Büyükelçiliği'ne düzenlenen, terörist bombalama olayından sonra, neredeyse 2 km uzaklıktaki kişiler, patlama bölgesinden fırlayan camlarla yaralanmışlardır (16). Teröristlerin kullandığı patlayıcılar genellikle bu ikincil patlama yaralanmalarının etkilerini arttırmak için tesir artırıcı; ilave çivi, somun ve civata gibi ek nesnelere karıştırılır. El bombası gibi küçük askeri patlayıcılar, patlama sonrası şarapnel parçasını arttırmak üzere tasarlanmıştır. İkincil patlama yaralanmaları, yaralı sayısı açısından, birincil patlama yaralanmalarına göre daha yaygındır ve kazazedelerde ölümün en önemli nedenidir. Delici yaralanmalar en çok baş, boyun ve ekstremiteler gibi vücut bölümlerinde görülür. İkincil patlama yaralanmalarının bir özelliği de görünüşte küçük bir yara gibi görülen yaralanmanın, aslında büyük bir yaranın giriş bölümü olabileceği, düzensiz yaraların geniş doku hasarı oluşturabileceğidir (8, 17).

2.3. Üçüncül patlama yaralanmaları

Üçüncül patlama yaralanmaları, basınç rüzgarlarının kazazedeyi savurması ya da bu rüzgarın savurduğu enkaz parçalarının batıcı, künt travmalar ve amputasyonları kapsayan travmalara neden olmasıdır. Patlama sonrası oluşan basınç dalgasının, sert bir yüzeye çarpması ve daha kuvvetli olarak geriye dönmesi ile etki şiddetlenir. Etki patlamanın yakınında olanlarda daha şiddetli görülmeyle birlikte, nispeten uzak olan kişilerde de yaralanmaya neden olabilir. Kapalı alanlarda etki daha büyüktür, ancak açık havada olan olaylarda da basınç dalgasının duvarlara, araçlara ya da diğer maddelere çarpması söz konusu olabilir. Yaralanma sonrası ekstremiteler kırıkları, amputasyonlar ve beyin yaralanmaları görülebilir (11, 16).

2.4. Dördüncül patlama yaralanmaları

Yangına bağlı termal yanıklar, yapısal çöküşe bağlı travmalar, karbon monoksit veya patlama ile ortaya çıkan diğer tehlikeli maddelerin ya da tozun solunması ile oluşan yaralanmalar bu grupta yer alır. Tüm patlama olaylarında kimyasal ve/veya radyolojik

kontaminasyon potansiyeli bulunmaktadır. Patlama sonrası ortaya çıkan toz ve toksinlerinde bazen konvansiyonel patlayıcılara entegre edilebilecek kimyasalların solunması ciddi inhalasyon yaralanmalarına neden olabilir. Bazen canlı bomba, veya patlamada yaralananlar kontaminasyon kaynağı olabilir. Patlama yaralanmaları sonrası crush yaralanmaları ve kronik hastalıkların alevlenmesi gibi durumlarla da karşılaşılabilir (8, 11).

3. Patlama Yaralanmalarında Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi

Patlayıcıların kullanıldığı terör saldırıları acil sağlık hizmetlerinde sık karşılaşılan durumlar değildir. Ancak küresel terörizm riskinin sürekli tırmandığı dünyada, konvansiyonel patlayıcılarla yapılan terör eylemlerinde hızlı bir artış görülmektedir. Türkiye hem küresel dinci terör örgütlerinin hem de etnik terör örgütlerinin hedefinde olup, çok sık patlama olayı ile karşılaşmaktadır. Haziran 2016 itibari ile büyükşehirlerde son bir yılda olan patlama olaylarında, 240 ölüm ve binin üzerinde yaralanma gerçekleşmiştir. Yine Güneydoğuda etnik terör örgütüne karşı yürütülen operasyonlarda, çoğunluğu patlayıcı ile yapılan saldırılarda olmak üzere 535 güvenlik personeli şehit olmuş, 2000'den fazla güvenlik personeli yaralanmıştır. Patlama olaylarına müdahalede acil sağlık hizmetleri organizasyonu açısından, olağan dönemlerden farklı strateji ve yöntemlerin geliştirilmesi gerektirir. Büyük patlamalar, hastane öncesi acil sağlık sistemleri açısından yönetilmesi oldukça zor olan süreçlerdir (5, 18).

Patlama olaylarında ölümlerin yaklaşık yarısı ilk bir saat içerisinde olur ve en önemli ölüm nedeni akciğer yaralanmalarıdır. Patlama sonrası en fazla görülen yaralanma tipleri, etkin acil sağlık hizmeti ile sağ kalımın yüksek tutulabileceği delici ve künt travmalardır. Sanılanın aksine triyaj değerlendirmelerinde; yaralıların içerisinde

en az grubu, kırmızı gruptaki yaralılar oluşturur. Bu durum kırmızı gruptaki yaralıların az olduğu anlamına gelmemeli,, diğer yaralılara oranla nispeten daha az olduğu şeklinde yorumlanmalıdır. Genel yaralı sayısına oranla daha az gibi görülen bu gruptaki yaralıların, hayatta kalabilmeleri için hızlı ve etkili acil sağlık hizmeti organizasyonu gerektirir. Bir başka önemli ayrıntı da, durumu kritik olarak tanımlanabilecek yaralıların önemli bir kısmının olay yerinde hayatını kaybetmesidir. Tüm bu durumların dışında sarı ve yeşil gruptaki yaralılar, kendi imkanları ya da çevredekilerin imkanlarıyla hızla en yakın hastane acil servisine yönlendirilir ve genelde ilk dakikalarda hastane acil servislerinin etkin acil sağlık hizmeti sunmasını zorlaştırırlar. Tüm bu nedenlerden dolayı patlama yaralanmalarında, etkin ve hızlı hastane öncesi acil sağlık hizmeti büyük önem taşır (6, 19).

Patlama olaylarının kitlesel hasar boyutu, doğal afetlere göre daha sınırlı kalsa da, terör saldırılarının toplum üzerindeki psikolojik etkileri, olayların yönetimini zorlaştırır. Olay yerinde bulunan ölüm korkusu, karmaşık ve çoğu zaman insan psikolojisinde ağır travmalar oluşturabilecek görüntülerin olduğu, ölümlerin gözlemlendiği, olay yerinden çıkamayacağını düşünen insanın davranışları, çoğu zaman şaşırtıcı olabilir. Oluşan fiziksel hasarla birlikte, sosyal çevre ile iletişimin kopması, aile yakınlarından ya da sevdiklerinden bilgi alamama, insanlar üzerindeki psikolojik etkileri arttırır. Dolayısı ile olay yeri yönetiminde, yaralanması nispeten küçük olan yaralıların yönetilmesi en az kritik hastaların yönetilmesi kadar caba gerektirebilir. Patlama olaylarında çok sayıda müdahale ekibi görev yapar, farklı kurumsal yapılara sahip müdahale ekiplerinin, koordinasyon içerisinde organize olabilmeleri için hazırlık çalışmalarında bir olay yeri yönetim modeli üzerinden

organizasyonlar yapılmalı ve yönetim modeli tatbikatlarla sınanmış olmalıdır (20).

Patlama olaylarında, hastane öncesi acil sağlık personeli için olay yeri güvenliği son derece önemlidir. 2001 Dünya Ticaret Merkezi saldırılarında yıkılan enkaz sonucunda 403 müdahale personeli (polis, itfaiyeci ve ambulans personeli) hayatını kaybetmiştir. Patlama sonrası oluşan enkaz, yangın ve kontaminasyon tehdidinin oluşturduğu risk bir tarafa en önemli risk, teröristler tarafından kitlesel zarar oluşturma hedefinin bir parçası olan, olay yerine konulmuş ikincil patlayıcılardır. Patlayıcı içeren terör saldırıları değerlendirildiğinde, ikinci patlamaların en sık görüldüğü zaman aralığı, ilk patlamadan sonraki 30. ve 100. dakikalar arasındaki zamandır. Özellikle kentsel alanlarda gerçekleşen terör saldırılarının önemli bir kısmında ikincil patlayıcılar bulunmaktadır. Bugüne kadar terör saldırılarında, ikincil patlayıcılara bağlı olarak, birçok sivilde birlikte, çok sayıda güvenlik personeli ve acil sağlık personeli de hayatını kaybetmiştir. Bu nedenle terörist saldırılarında, olay yerinin ikincil patlayıcı açısından temiz olduğunun anlaşılması, hastane öncesi acil sağlık hizmeti organizasyonunun bir parçası olarak kabul edilmeli ve güvenlik ekipleri tarafından mümkün olduğunca kısa sürede olay yerinde risk alanını kapsayan bir güvenlik şeridi oluşturulmalı ve olay yerinin temiz olduğu anlaşılmadan olay yerine profesyoneller dahil hiç kimsenin girişine izin verilmemelidir (21, 22).

Hastane öncesi acil sağlık personelinin terör saldırılarında bekleyen tek tehlike ikincil patlayıcılarda değildir. Terör saldırıları sonrası, olaya müdahale için gelen güvenlik ve acil sağlık ekiplerine teröristler ateşli silahlarla da saldırabilmektedir. Nitekim Türkiye'nin güneydoğusunda teröristlere karşı yürütülen operasyonlarda, çok sayıda güvenlik ve sağlık personeli bu tip saldırılar sonucu yaralanmış ya da hayatını kaybetmiştir. Patlama olayları sonrası güvenlik güçleri ile teröristler arasında çıkan

çatışmalarda, yaralılara müdahale için olay yerinde bulunan acil sağlık personeli çatışma ortamında kalabilmektedir. Eylül 2015’de çatışma alanında kalan bir ambulans ekibinde, ambulans şoförü ateşli silah ile vurularak hayatını kaybetmiştir. Son dönemde çatışma alanlarında yaralanan ve hayatını kaybeden sağlık personeli sayısının artması üzerine, Birleşmiş Milletler 3 Mayıs 2016’da 1949 Cenevre Sözleşmesi başta olmak üzere, silahlı çatışmalarda sağlık hizmetlerinin ve sağlık personelinin korunmasıyla ilgili tüm uluslararası sözleşmeleri ve Birleşmiş Milletler kararlarını hatırlatarak, devletlere acil önlemler geliştirilmesi konusunda çağrıda bulunmuştur. Türkiye 2016 yılı itibari ile terör riski yüksek bölgelerde daha çok savaş alanlarında ve askeri birliklerin içerisinde kullanılan zırhlı ambulansları, Sağlık Bakanlığı teşkilatı içerisinde de kullanmaya başlamıştır (8, 11, 23, 24, 25).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde, patlamanın gerçekleştiği alanın yakın ya da uzağında bulunan tüm yaralıların, patlama kaynaklı yaralanmış olabileceği ve bazen ölümcül yaralanma bulgularının nispeten daha geç ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. 1994 Nairobi Amerika Birleşik Devletleri Elçiliğine yapılan ve 291 kişinin hayatını kaybettiği ve 5000’den fazla kişinin hayatını kaybettiği terör saldırısında, yaralıların bazıları patlama anında olay yerine kilometrelerce uzaklıkta olduğu anlaşılmıştır. Birincil patlama yaralanmalarında en önemli ölüm nedeni olan akciğer yaralanmalarının saptanması için hastanın doğru şekilde ve uygun tanı araçları ile değerlendirilmesi çok önemlidir. Yine patlama yaralanmaları sonucu oluşan, işitme sistemi yaralanmaları ve beyin sarsıntısı kolayca göz ardı edilebilecek yaralanmalardır. Yaralılarda, herhangi bir ekstremitede var olabilecek travmatik amputasyon, hastada var olabilecek multitravmanın da göstergesidir. Hava embolisi, akut batın, geçici veya kalıcı körlük, merkezi sinir sistemi travmaları,

işitme kaybı sık görülen diğer önemli yaralanmalardır. Patlama yaralanmalarında, hiperbarik oksijen tedavisi, bazı durumlarda etkili olabilir Endüstriyel alanlarda olan patlamalarda, tehlikeli maddelere bağlı toksinlerin ve zararlı gazların solunmuş olma ihtimali gözden kaçırılmamalıdır. Bazı yaralılar işitme duyularını tamamen kaybetmiş olabilirler ve bu yaralılarla yazılı olarak iletişim kurmak gerekebilir (14, 17, 26, 27).

Patlama olayı sonrası oluşan travmaların bakımı, olağan travmalı hastanın bakımı ile ilgili temel prensiplere benzer. Ancak yüksek basınç oluşturan patlama olaylarında, yaralılarda oluşan hasar çok büyük olabilir. Diğer travma mekanizmalarında görülme olasılığı düşük olan, büyük amputasyonlar, implante olmuş büyük objeler patlama yaralanmaları sonrası görülebilir. Patlama alanının merkezinde yani sıcak alanda uzun süre kalarak yaralıya acil müdahalenin uygulanması önerilen bir durum değildir. Yine güvenliğin tam sağlanamadığı durumlarda, yaralıların patlama alanından çıkarılması için triyaj protokollerinin uygulanması adına zaman kaybedilmemesidir. Patlama yerinde resüsitasyon yine çok tercih edilmesi gereken bir yöntem olmamalıdır. Olay yerinden hızlı tahliye, hem yaralı hem de müdahale personeli için hayatta kalma şansını artırır. Büyük kitlesel olaylarda, tüm yaralıların aynı anda hastane acil servislerine yönlendirilmesinden ziyade, yaralıların olay yerinde stabilizasyonlarının sağlanabileceği bir müdahale alanının oluşturulması, daha kullanılabilir bir yöntem olarak kabul edilir. Oluşturulan müdahale alanında yaralılara triyaj uygulanması ve triyaj sınıflandırmalarına göre ayrıştırılması, hayat kurtarıcı ve durumun daha kötüye gitmesini önleyecek tıbbi müdahale girişimlerinin burada yapılması ve mümkün olduğunca stabil hale getirilen yaralıların doğru sevk organizasyonu ile hastanelere yönlendirilmesi son derece önemlidir. Patlama olaylarından etkilenen kazazedelerin

ilk değerlendirmelerinde, önemli bir bulgu saptanamamış olabilir. Bu durum kazazedinin patlama olayından etkilenmediği anlamına gelmemelidir, patlama olayına maruz kalmış kazazedinin defalarca değerlendirilmesi ve belli bir süre hastanede kontrol altında tutulması gerekir. Bu nedenle alanda yeşil olarak değerlendirilecek kazazedelerin bile hastane nakli gerekir (19, 28, 29).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bugün için terör saldırıları, küresel bir tehdit olarak giderek önemi artan bir konu haline gelmektedir. Son yıllarda terör saldırıları konvansiyonel patlayıcıların kullanıldığı intihar saldırıları üzerine yoğunlaşmaktadır. Terör olaylarında son yıllarda yaralanan ve hayatını kaybeden sağlık personeli sayısındaki artış, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri yöntem ve stratejilerinin yeniden gözden geçirilmesini gerekli kılmıştır. Sivil alanda zırhlı ambulansların kullanılması yaygınlaşmaya başlayan bir uygulamadır. Ancak daha çok askeri stratejiler içerisinde olan bu tip uygulamalar, terör örgütlerinin sağlık hizmetlerini ve personelini daha fazla hedef almasına neden olabilir. Başarılı bir olay yeri yönetimi hem sivilleri hem de müdahale personelini ikincil saldırı riskinden korumak hedefi taşımaktadır. Müdahalede görevli ekiplerin koordinasyonu, hem müdahalenin etkinliğinin artması hemde olay yeri güvenliği açısından son derece önemlidir. Patlama olaylarında, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin doğru organize edilmesi ve etkin müdahale mortalite oranını doğrudan etkileyen bir durumdur. Patlama yaralanmaları sonucu oluşmuş travmalı hastanın bakımında, genel travma bakım prensipleri geçerlidir. Ancak, patlamanın basınç şiddetinin büyüklüğü ile oluşan travmaların daha büyük ve daha ölümcül olabileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Gençtürk, T. Terör Kavramı ve Uluslararası Terörizme Farklı Yaklaşımlar, Başkent Üniversitesi Stratejik Araştırmalar Merkezi, 2012; Ankara.
2. Ergil, D. Uluslararası Terörizm. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 1992; C.47, S.3, ss.139-143.
3. Hirschmann, K. The Changing Face of Terrorism, <http://library.fes.de/pdf-files/ipg/ipg-2000-3/arhirschmann.pdf>, (2000) (Erişim Tarihi;11.10.2015).
4. Açıkgöz R. İntihar Saldırıları: Terör mü Özgürlük Arayışı mı? Akademik İncelemeler Dergisi (Journal of Academic Inquiries), 2013; C.8, S.12, ss.303-330.
5. Kaçar, H., Nomer, N., Yıldırım, M. ve Küden, S. Terörün Bilançosu, Sabah Gazetesi, (29.03.2016).
6. FEMA Managing the Emergency Consequences of Terrorist Incidents, Federal Emergency Management Agency, USA, 2002; (Erişim Tarihi;11.10.2014). <http://www.fema.gov/pdf/plan/managingemerconseq.pdf>, (Erişim Tarihi;11.10.2014).
7. Bowman, S. Weapons of Mass Destruction:The Terrorist Threat, <http://fpc.state.gov/documents/organization/9184.pdf>, 2002;(Erişim Tarihi;11.10.2014).
8. Shiroff, A.M. Injuries from Terrorism: Explosive Blast, <http://rwjtrauma.org/sites/default/files/injuries-from-terrorism-explosive-blast.pdf>, 2011; (Erişim Tarihi;11.10.2015).
9. LESLP (London Emergency Services Liaison Panel) Major Incident, The Stationery Office, Norwich, UK. 2012.
10. Medalia, J. "Dirty Bombs": Technical Background, Attack Prevention and Response, Issues for Congress, Congressional Research Service, USA, 2011.
11. UH (University Hospitals) 2014; Blast Injuries, <http://www.emsconedonline.com/pdfs/EMT-%20BLAST%20INJURIES-Trauma.pdf>, (Erişim Tarihi;11.10.2015).
12. CDC (Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control) 2013; Blast Injuries, Fact Sheets for Professionals http://www.bt.cdc.gov/masscasualties/pdf/blast_fact_sheet_professionals-a.pdf, (Erişim Tarihi;11.10.2015).
13. Kumar, M. Blast Injuries, Medical Journal Armed Forces India, 2010; Vol:66, No:4, pp. 309-311.
14. Lemonick, DM. Bombings and Blast Injuries: A Primer for Physicians, American Journal of Clinical Medicine, 2011; Vol.8, No.3, pp. 134-140.
15. Stewart, C. Blast Injuries"True Weapons of Mass Destruction", University of Oklahoma, USA, 2008.
16. Covey, DC. and Born, CT. Blast Injuries: Mechanics and Wounding Patterns, Journal of Surgical Orthopaedic Advances, 2010; Vol.19, No.1, pp. 8-12.
17. Kocsis, JD. and Tessler, A., Journal of Rehabilitation Research & Development 2009; Vol:46, No:6, pp. 667-672.
18. Öztürk S., AKP döneminin terör bilançosu, Karşı Gazete, 2016; <http://www.karsigazete.com.tr/gundem/akp-doneminin-teror-bilancosu-h81652.html>, (Erişim Tarihi; 22.06.2016).
19. Ekşi, A., Kitleli Olaylarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Kitapana, İzmir, 2015.
20. FFOG (Florida Field Operations Guide) Chapter 10B—Mass Casualty, <http://floridadisaster.org/FOG/chapter10B-MassCasualty.pdf>, 2012; (Erişim Tarihi;11.10.2015).
21. Reno, J., Marcus, D., Leary, ML., Samuels, JE., A Guide for Explosion Bombing Scene Investigation, U.S. Department of Justice, Washington DC, USA, 2000.
22. Fuse, A., Okumura, T., Tokuno, S., Saitoh, D., Yokota, H., Current Status of Preparedness for Blast Injuries in Japan. Japan Medical Association Journal, 2011; Vol.54, No. 5, pp.310-317.
23. Birleşmiş Milletler, 3 Mayıs 2016 Tarih ve 2286 Sayılı Genel Kurul Kararı. 2016.
24. Milliyet Gazetesi, Teröristler Beytüşşebap'ta Ambulans Taradı, Şoför Şehit Oldu. 25.09.2015.

25. Gazete Vatan. Güneydoğu'ya zırhlı ambulans!
<http://www.gazetevatan.com/guneydogu-ya-zirhli-ambulans--900851-gundem/>, (Erişim Tarihi; 23.06.2016).
26. EPA (United States Environmental Protection Agency) Incident Command System
<http://www.epa.gov/watersecurity/tools/trainingcd/trainers/ICS.pdf>, 2013; (Erişim Tarihi;11.10.2015).
27. Global Security, Attacks on US Embassies in Kenya and Tanzania,
<http://www.globalsecurity.org/security/ops/98emb.htm>, 2011; (Erişim Tarihi;23.06.2016).
28. Ferguson, C.D. and Potter, W.C. The Four Face of Nuclear Terrorism, California, USA. 2004.
29. CDC (Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control Blast Injuries Bombings and Mental Health
http://www.amtrauma.org/data/files/gallery/BlastInjuryResourcesFileGallery/Bombings_and_Mental_Health.pdf, 2009; (Erişim Tarihi;11.10.2015).

KOLOREKTAL CERRAHİ SONRASI HIZLANDIRILMIŞ İYİLEŞME PROTOKOLÜ: SİSTEMATİK DERLEME

ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) PROTOCOLS AFTER COLORECTAL SURGERY : A SYSTEMATIC REVIEW

Müjgan SOLAK KABATAŞ¹, Türkan ÖZBAYIR²

ÖZET

Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme (Enhanced Recovery After Surgery; ERAS) protokolleri ameliyat öncesi organ fonksiyonlarını korumak ve cerrahi sonrası stres yanıtı azaltarak erken iyileşme elde etmek için tasarlanmış bakım modelleridir. Bu çalışmada, kolorektal cerrahide ERAS protokolü bileşenlerinin uygulanmasının hastanede kalış süresi ve ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riskine etkisini inceleyen araştırmaların sistematik olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Araştırma Ağustos- Ekim 2015 tarihinde, "Enhanced Recovery After Surgery", "Enhanced Recovery After Colorectal Surgery", "ERAS" "Colorectal Surgery" anahtar kelimeleri ile, "PUBMED", "EBSCOHOST", "WEB OF SCIENCE" ve "GOOGLE" arama motorları kullanılarak yapıldı. Çalışmada 2010-2015 yılları arasında yayın dili İngilizce olan ve tam metnine ulaşılan 17695 literatür incelendi. Araştırmaya randomize kontrollü olan, randomize kontrollü olmayan ve deneysel yapılan çalışmalardan ameliyat öncesi, sırası ve sonrası ERAS protokollerinin en az dört bileşenini içeren 16 çalışma dahil edildi. Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen standart bir veri özetleme formu kullanılarak analiz edildi.

Çalışmaya dahil edilen ERAS protokolü ile izlenen hastaların hastane ortalama kalış süresinin ortalama 5.8 ± 1.41 gün olduğu, geleneksel bakım ile izlenen hastaların ise hastane ortalama kalış süresinin 8.7 ± 3.17 olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ERAS protokolü ile izlenen hastalarda %5 ile %40, geleneksel bakım ile izlenen hastalarda ise %9.5 ile %60 arasında komplikasyon geliştiği belirtilmektedir. Sonuç olarak, kolorektal cerrahide geleneksel bakıma göre ERAS protokolü ile bakım verilen hastaların hastanede kalış süresinin ve komplikasyonların görülme oranının azaldığı belirlendi.

Anahtar kelimeler: Kolorektal Cerrahi, Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri, ERAS.

ABSTRACT

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocols are care models designed to protect pre-operative organ functions and to reduce the post-operative stress response in order to secure early recovery. The aim of this study was to systematically evaluate studies examining the effect application of components of ERAS protocols on the length of stay in hospital and the risk of post-operative complications in patients undergoing colorectal surgery.

The study was conducted between August and October 2015 using the keywords "Enhanced Recovery After Surgery", "Enhanced Recovery After Colorectal Surgery", "ERAS" and "Colorectal Surgery" in the PUBMED, EBSCOHOST, WEB OF SCIENCE and GOOGLE search engines. The full texts of 17695 articles published in English between 2010 and 2015 were accessed and examined. Sixteen randomly controlled, non-randomly controlled, and experimentally conducted studies which included at least four components of ERAS pre-operative, intra-operative and post-operative protocols studies were included in the study. Data was analyzed by using a standard data summary form designed by the researchers.

It was determined that the length of stay in hospital of patients monitoring with ERAS protocols was average 5.8 ± 1.41 day whereas patients monitoring with traditional care was 8.7 ± 3.17 day. In this study, the patients monitoring with ERAS protocols with between 5%-40% , patients monitoring with traditional care with between 9.5%-60% complication were observed. As a result; It was found that in comparison with traditional care, ERAS protocols and care reduced the length of stay in hospital and the rate of complications in colorectal cancer in patients to whom they were given.

Keywords: Colorectal Surgery, Enhanced Recovery After Colorectal Surgery, ERAS.

¹ Öğr. Gör. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD. İzmir.

² Doç. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD. İzmir.

GİRİŞ

Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (Enhanced Recovery After Surgery-ERAS) protokolleri ameliyat öncesi organ fonksiyonlarını korumak ve cerrahi sonrası stres yanıtı azaltarak cerrahi girişimlerden sonra erken iyileşmeyi sağlamak amacıyla tasarlanmış perioperatif bakım modelidir (3, 4). Bu protokoller, morbiditeyi azaltmak ve cerrahi hastalarının hastanede kalış süresini kısaltmak amacıyla geliştirilmiştir. Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri 1990'lardan bu yana, kolorektal cerrahi, kalp-damar cerrahisi, göğüs cerrahisi, üroloji ve jinekolojik cerrahinin perioperatif yönetimde özellikle kuzey Avrupa ve Amerika'da, birçok merkezde başarıyla uygulanmaktadır (1, 2).

Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme protokolleri ameliyat öncesi, sırası ve sonrası kanıta dayalı değişiklikleri içeren bakımı kapsamaktadır. Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme protokolünün temel ilkeleri ameliyat öncesi; hasta eğitimi, rutin mekanik bağırsak hazırlığından kaçınılması, uzun süreli aç kalmanın önlenmesi, ameliyat öncesi iki saate kadar karbonhidratlı içeceklerin kullanılması, premedikasyon uygulanmaması, tromboemboli profilaksisinin sağlanmasıdır. Ameliyat sonrası; normaterminin sürdürülmesi, aşırı sıvı yüklemesinden kaçınarak sıvı dengesinin sağlanması, minimal insizyonun uygulanması, kısa etkili anesteziğin kullanılması, vazopressörler ile hipotansiyonun kontrolüdür. Ameliyat sonrası ise; opioid kullanımının en aza indirilmesi, erken oral beslenmeye geçme, epidural dahil olmak üzere non-opioid analjezi ile ağrı kontrolünün sağlanması, rutin nazogastrik ve peritoneal dren uygulamasından kaçınma, üriner kateterin erken çıkarılması ve erken mobilizasyonu içermektedir (3-9). Bu protokoller ile büyük ameliyatlar için fizyolojik ve psiko-mantıksal yanıtlar değiştirilmeye çalışılmaz, bağırsakların erken fonksiyonlarını kazanması, kardiyopulmoner fonksiyonlarının sürdürülmesi, komplikasyonların azaltılması ve hastanede

kalış süresinin azaltılması için rehberlik yapılır (1, 3, 10).

Elektif kolon cerrahisi uygulanacak hastalarda cerrahi girişim sonrası iyileşmenin hızlandırılması amacıyla geliştirilen ERAS protokolünde, cerrahi ve anestezide uygulanan geleneksel yaklaşımların yerine kanıta dayalı yeni yaklaşımlar önerilmektedir. Bu protokolün uygulanmasının ameliyat sonrası dönemde oral gıda alımını kolaylaştırdığı, hızlandırdığı ve hastanede kalış süresini belirgin olarak kısalttığı gözlenmiştir (8, 11).

Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme protokolü, öncelikle kolorektal cerrahide hastanede kalış süresinin azaltılması ve taburculuk sonrası günlük yaşam aktivitelerine erken dönülmesini sağlar (10). Kolorektal cerrahi hastalarında yapılan randomize çalışmalarda ve meta-analizlerde, geleneksel bakıma göre ERAS protokolleri uygulanan hastalarda komplikasyon, morbidite ve hastanede kalış süresinin azaldığı bildirilmiştir (3,7,10,12-16).

Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme protokolünün uygulanması için gerekli temel unsurlardan biri; diyetisyenler, hemşireler, fizyoterapistler, sosyal uzmanlar, uğraşı terapistleri ve hekimleri de içeren sağlık ekibinin ERAS protokollerini kabul etmesidir. Tüm sağlık ekibi üyelerinin ERAS kuralları hakkında bilgiye sahip olması ve programı yürütmek için motive edilmeleri gerekmektedir. Geleneksel kavramları, öğretim ve perioperatif bakıma yönelik tutumları aşmak gerekmektedir. Çünkü, hasta beklentileri, gelenekler, toplum ya da aile desteğinin kullanılabilirliği, sosyal güvence durumu ve taburculuk dahil olmak üzere birçok klinik olmayan etmenlerden etkilenir. Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme protokolünün uygulanması ile hastanın stresinin azaltılmasında, normal diyete dönmesinde, erken mobilize olmasında ve bir an önce rehabilitasyon için psikolojik destek sağlanmasında hemşirelik bakımı anahtar rol oynar (1,3,4,17).

Bu çalışmanın amacı, kolorektal cerrahide ERAS protokolü bileşenlerinin uygulanmasının hastanede kalış süresi ve

ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riskine etkisini inceleyen araştırmaların sistematik olarak değerlendirilmesidir.

MATERYAL VE METOT

Literatür için Ağustos- Ekim 2015 tarihinde "PUBMED", "EBSCOHOST", "WEB of SCIENCE" ve "GOOGLE" arama motorları kullanılarak çalışmalar tarandı. Taramada "Enhanced Recovery After Surgery", "Enhanced Recovery After Colorectal Surgery" ve "ERAS" anahtar kelimeleri kullanıldı.

İçleme Kriterleri

- ✓ Kolorektal cerrahi geçiren hastalarda ERAS protokolünün hastanede kalış süresi ve ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riskin etkisini inceleyen araştırmalar,
- ✓ Yayın dili İngilizce ve Türkçe olan araştırmalar bu çalışmaya dahil edildi.
- ✓ Randomize kontrollü çalışmalar, randomize olmayan kontrollü çalışmalar ve deneysel araştırmalar.

Dışlama Kriterleri

- ✓ Tam metin olmaması,
- ✓ ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokolleri ile ilişkili olmaması,
- ✓ Yayın dili İngilizce/ Türkçe olmaması,
- ✓ Dahil edilme ölçütlerinde ki araştırma türlerinden biri olmaması.

Araştırmaya Dahil Edilen/Edilmeyen Çalışmaların İşlem Basamakları:

Ağustos- Ekim 2015 tarihinde taramasına başlandı.

Anahtar kelimelerle "PUBMED", "EBSCOHOST", "WEB of SCIENCE" ve "GOOGLE" elektronik veri tabanları tarandı.

Olası ilişkili çalışmalardan 17695'ine ulaşıldı. Çalışmalar listelendi ve dahil edilme kriterlerine göre değerlendirildi.

10 çalışma yayın dilinin Türkçe ya da İngilizce olma koşunu sağlamadığından kapsam dışı bırakıldı.

5534 çalışma yayın tarihi 2010 ile 2015 tarihleri arasında olma koşunu sağlamadığından kapsam dışı bırakıldı.

1168 çalışma, randomize kontrollü çalışma, kontrollü deneysel çalışma olma koşunu sağlamadığından kapsam dışı bırakıldı.

Geriye kalan 40 çalışmanın değerlendirildi.

Değerlendirme sonucunda ERAS protokollerinin en az dört bileşenini içeren 16 çalışma dahil edildi.

Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen standart bir veri özetleme formu kullanılarak analiz edildi.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu çalışmada, 2010-2015 yılları arasında yayınlanan ERAS protokollerinin en az dört bileşenini içeren randomize kontrollü olan 10 çalışma, randomize kontrollü olmayan 2 çalışma, klinik deneysel 3 çalışma, deneysel 1 çalışma olmak üzere toplam 16 çalışma incelenmiştir.

Çalışma kapsamına alınan 16 çalışma ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında uygulanan ERAS bileşenlerine göre incelenmiştir.

I. Ameliyat Öncesi Dönem

Hasta Eğitimi: Hastalara ameliyat öncesi rutin belirlenmiş ameliyat öncesi bilgilendirme, eğitim ve danışmanlık yapılması önerilmektedir (8). Ameliyat öncesi eğitimin anksiyete ve ciddi komplikasyonları önlediği, hastanede kalış süresini ve analjezik kullanımını azalttığı, ameliyat sonrası gastrointestinal sistem fonksiyonlarının erken dönmesini sağladığı bildirilmektedir (17,18). Alkol kullanımı olanlarda ameliyat sonrası morbitideyi 2-3 kat artmakta, kanama, yara ve kardiyopulmoner komplikasyonlar sıklıkla görülmektedir. Yara ve pulmoner komplikasyonların azaltılması için en az dört hafta önce sigaranın bırakılması gereklidir (8,17). Moral ve ark.(2014) ile Huibers ve ark.(2012) yaptıkları çalışmalar dışında diğer tüm çalışmalarda (7,18-19,21-26,32-34) hastalara eğitim ve danışmanlık yapıldığı belirlendi (Tablo 2).

Mekanik Bağırsak Hazırlığı: Mekanik barsak hazırlığının elektif kolon cerrahisinde rutin olarak kullanılmaması gerektiği bildirilmektedir (8). Mekanik bağırsak hazırlığının dehidrasyon gibi fizyolojik etkileri bulunmaktadır. Hastalar için rahatsızlık yaratan bu uygulamaların kolon cerrahisi sonrası ileus gibi komplikasyonları arttırabilir (8,18). Keane ve ark. (2012), Kahokehr ve ark.(2011), Huibers ve ark.(2012) yaptıkları çalışmalarda mekanik bağırsak hazırlığı yapıldığı, on çalışmalarda (18,19,22-29) ise mekanik bağırsak hazırlığı yapılmadığı belirlendi (Tablo 2).

Ameliyat Öncesi Beslenme ve Karbonhidrat Tedavisi: Hastaların beslenme durumu göz önüne alınmalı ve yetersiz beslenme riski olan hastalara beslenme desteği verilmelidir. Oral beslenme desteği cerrahi öncesinde beslenmeyi desteklemek için kullanılabilir. Ameliyat öncesi açlık süresinin en aza düşürülmesi gerekmektedir. Berrak sıvılar anestezi verilmeden iki saat ve katı gıdaları altı saat kadar önce kesilmelidir. Ameliyat öncesi oral karbonhidrat tedavisi rutin olarak kullanılmalıdır. Diyabetik hastalarda karbonhidrat tedavisi diyabetik ilaç ile birlikte verilebilir (4,8). Karbonhidrat tedavisi ile ameliyat sonrası nitrojen ve protein kaybı azalır. Randomize kontrollü ve meta-analiz çalışmaları, majör abdominal cerrahi ve karbonhidrat yüklemesi olan hastaların hastanede bir gün daha az kalarak hızlandırılmış bir iyileşme gösterdiklerine işaret etmektedir (30,31). Üç çalışma haricinde diğer çalışmalarda ameliyat öncesi hastalara karbonhidrat tedavisi yapıldığı belirtilmiştir (7,18-29).(Tablo 2).

Premedikasyon: Ameliyat sonrası iyileşmeyi geciktireceği için, hastalara rutin ameliyat öncesi uzun ya da kısa etkili sedatif ilaç verilmemesi önerilmektedir (8). Smart ve ark. (2012), Shida ve ark. (2015), Moral ve ark.(2014), Boullind ve ark.(2011), Yılmaz ve ark.(2015) yaptıkları çalışmalarda hastalara premedikasyon verilmediği ve Huibers ve ark.(2012) yaptıkları çalışmada ise hastalara premedikasyon verildiği belirtilmiştir (Tablo 2).

Derin Ven Trombozu (DVT) Profilaksisi: Hastalara, pnömatik kompresyon çorapları giydirilmeli ve düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) ile farmakolojik profilaksi sağlanmalıdır (8). Teeuwen ve ark. yaptıkları çalışmada (2010), DVT profilaksisi için hastalara nadroparin 50 IE, Huibers ve ark. (2012), Yılmaz ve ark.(2015) yaptıkları çalışmada düşük moleküllü heparin ve Haverkamp ve ark.(2012) yaptıkları çalışmada ise Fraxiparine(0.3 ml) kullanıldığı belirtilmiştir (Tablo 2).

II. Ameliyat Sırası Dönem

Laparoskopi ve Cerrahi Erişim Modifikasyonları: Kolon rezeksiyonlara için laparoskopik ve transvers insizyon cerrahi olarak önerilir (8). Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşmede açık cerrahiye göre laparoskopik kolorektal cerrahide ameliyat sonrası travma ve psikolojik stres daha azdır (35,36). Kahokehr ve ark. (2011) [21], Teeuwen ve ark.(2010) [18], Bouлинд ve ark.(2011), Smart ve ark. (2012), Shida ve ark. (2015), Huibers ve ark.(2012), Kolozsvari ve ark.(2013) ve Ahmet ve ark. (2010), Yılmaz ve ark. (2015) yaptıkları çalışmalarda, hastalarda laparoskopi ve transvers insizyon gibi minimum insizyon tekniklerinin kullanıldığı, üç çalışmada (7,19,32) da laparoskopik ve açık tekniklerle ameliyat edilen hastalar örneklemini oluşturmuştur. (Tablo 3).

Antimikrobiyal Profilaksi ve Cilt Hazırlığı: Ameliyat başlamadan 30-60 dakika önce rutin profilaksi olarak intravenöz olarak antibiyotik verilmelidir. Ek doz, kullanılan ilacın yarı ömrüne ve uzun süren işlemlere göre verilmelidir. Cilt hazırlığında Klorheksidin kullanılmalıdır (8). Huibers ve ark.(2012), Teeuwen ve ark. (2010) ve Haverkamp ve ark. (2012) yaptıkları çalışmalarda, antimikrobiyal profilaksi olarak ameliyattan 30 dk. önce Cefalozin/Metranidazole yapıldığı; Yılmaz ve ark.(2015) yaptıkları çalışmada, antimikrobiyal profilaksi olarak kullanılan ilaç ismi belirtilmemiş olup, Ren ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada ise ameliyat öncesi herhangi bir antimikrobiyal profilaksi yapılmadığı belirlenmiştir(Tablo 3).

Standart Anestezi Protokolü: Anesteziden hızlı uyanmayı sağlayan standart kısa etkili anesteziğin kullanılması önerilmektedir. Eğer mümkünse laparoskopik kolon cerrahisinde torakal epidural analjezi (TEA) kullanılmalıdır (8). Kolorektal ameliyatlarda epidural kateterler yoluyla anestezi ve analjezi sağlanması insülin direncini azaltmakta, gastrointestinal kanalın sempatik inhibisyonunu engelleyerek motiliteyi arttırmakta ve narkotik analjeziklerin kullanımını gereksiz kılmaktadır (29). Llyod

ve ark.(2010) yaptıkları çalışma haricinde tüm çalışmalarda kısa etkili anesteziğin, torakal epidural anestezi (TEA) ve epidural anestezi kullanıldığı belirtilmiştir (7,18-29,33,34).(Tablo 3).

Hastaların ameliyat sırası ve ameliyat sonrasında hemen % 80 oksijen alması cerrahi alan enfeksiyonu azaltmada önemlidir. Oksijen tedavisi ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı azaltmaktadır (17). Keane ve ark. (2012), Ahmet ve ark. (2010), Smart ve ark. (2012), Yılmaz ve ark. (2015) ve Huibers ve ark. (2012) yaptıkları çalışmalarda ameliyat sırasında hastalara yüksek oksijen verildiği (%80) belirtilmiştir(Tablo 3).

Intraoperatif Hipoterminin Önlenmesi: Ameliyat sırasında uygun bir ısınma cihazı ve ısıtılmış intravenöz sıvılar ile beden sıcaklığı 36 derecenin üzerinde tutulmalıdır (8). On çalışmada ameliyat sırasında hipoterminin önlenmesi için uygulamalar yapıldığı belirlenmiştir (18-21,23,24,26,28,29,34). (Tablo 3).

Perioperatif İntravenöz Sıvı Yönetimi: Ameliyat sırasında hastalara kardiyak fonksiyonları izlenerek, optimal düzeyde kalacak şekilde sıvılar (kolloidler ve kristaloidler) verilmelidir Ameliyat sırasında uygun intravenöz sıvı yönetimi ile hastaların hastane kalış süresinin azalması ve gastrointestinal fonksiyonlarının kısa sürede iyileşmesi amaçlanır (4,8). Ahmet ve ark. (2010) ve Huibers ve ark. (2012) yaptıkları çalışmalar diğer tüm çalışmalarda intravenöz sıvı yönetiminin yapıldığı belirtilmiştir (7,18,19,21,23-29,32-34).(Tablo 3).

Nazogastrik Sonda: Ameliyat sırasında takılan nazogastrik sondalar, hasta uyanınca çıkarılmalıdır. Sıvı yüklenmesi ve nazogastrik dekompresyondan kaçınılmalıdır (5,8). Çalışmaların çoğunda nazogastrik tüpün rutin olarak takılmadığı ve ameliyat sırasında takılan nazogastrik sondaların ise ameliyat sonrasında hemen çıkarıldığı belirtilmiştir (7,18,20-29,32).(Tablo 3).

Peritoneal Dren: Hastanın mobilizasyonuna engel olabileceğinden rutin drenaj önerilmemektedir (8). Haverkamp ve

ark. (2012) ve Ren ve ark. (2012)'nin yaptıkları çalışmalarda, dren kullanımı koşullara ve cerrah göre değiştiği, Huibers ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada ise peritoneal dren kullanıldığı ve dreninde ameliyat sonrası ikinci günde çıkarıldığı saptanmıştır. Ameliyat sırasında takılan drenlerinde en erken dönemde çıkarılmasının tercih edildiği belirtilmiştir. Çalışmaların birçoğunda, dren kullanımının tercih edilmediği bildirilmiştir(7,18,19,21-27,32) (Tablo 3).

III. Ameliyat Sonrası Dönem

Erken Oral Beslenmenin Sağlanması: Ameliyat sonrası intravenöz sıvılar erken kesilmeli ve oral beslenmeye mümkün olduğunca erken başlanmalıdır (8). Ameliyat sonrası erken oral beslenmenin ameliyat sonrası komplikasyonları, mortalite ve hastanede kalış süresini azalttığı bildirilmiştir (37). Ameliyat sonrasında hastalar kısa sürede berrak sıvı ve normal gıda almaya teşvik edilmelidir (8). Keane ve ark. (2012), Bozkırlı ve ark. (2012) ve Huibers ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada hastaların sıvı alımına ameliyat sonrası hemen, Ren ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada ameliyat sonrası 6.saatte, Moral ve ark.(2014) yaptıkları çalışmada ameliyat sonrası 12. saatte, Yılmaz ve ark.(2015) yaptıkları çalışmada ameliyat sonrası 16 saatte içerisinde, Ahmet ve ark. (2010) ve Shida ve ark. (2015) ameliyat sonrası birinci gün ve Kahokehr ve ark. (2011), Teeuwen ve ark. (2010), Gilissen ve ark. (2013), Haverkamp ve ark. (2012) ve Llyod ve ark. (2010) yaptıkları çalışmalarda hastalara ameliyat günü oral sıvı alımına başladığı belirlenmiştir. Oral beslenmeye geçme zamanı çoğu çalışmada (7,18,20-25,27,32,34) ameliyat sonrası 1.gün, Shida ve ark. (2015) yaptığı çalışmada ise ameliyat sonrası 3.günde başlanılmıştır (Tablo 4).

Oral magnezyum ve alvimopan yanı sıra sakız çiğneme önerilebilir. Laktasifler bağırsağı uyarır ve morfin gibi ilaçlarla ilişkili kabızlığın önlenmesine yardım edebilir (8). Gilissen ve ark. (2013), Shida ve ark. (2015), Huibers ve ark. (2012) ve

Haverkamp ve ark. (2012) yaptıkları çalışmalarda hastalara oral laktasifler verildiği belirtilmiştir.

Ameliyat Sonrası Ağrı Kontrolü: Ameliyat sonrası hasta ağrı kontrolünde opioid analjeziklerin kullanılmasının gastrointestinal sistemi, solunum fonksiyonlarını, santral sinir sistemini negatif yönde etkilediği ve ağrı kontrolünün mümkün olduğunca opioid analjezikler kullanılmadan yapılması önerilmektedir. Açık ve laparoskopik cerrahide Torakal Epidural Anestezi (TEA), düşük doz spinal analjezi, epidural analjezi uzun etkili opioidlere alternatif olarak uygulanabilir (8,18). Tüm çalışmalarda ameliyat sonrası ağrı kontrolünde opioidlerden kaçınılarak epidural ve oral analjeziklerle ağrı kontrolünün sağlandığı görülmüştür (7,18-29,32-34). (Tablo 4).

Üriner Kateterin Erken Çıkarılması: Ameliyat sırasında takılan üriner kateterin ameliyat sonrası erken dönemde çıkarılması önerilmektedir (8). Huibers ve ark. yaptıkları çalışmada (2012), üretral kateterin ameliyat sonrası ikinci günde, diğer çalışmalarda (7,18,21,23,25-28,32,34) ameliyat sonrası birinci günde üretral kateterin çıkarıldığı belirtilmiştir (Tablo 4).

Mobilizasyon: Uzun süreli hareketsizlik pnömoni, insülin direnci ve kas zayıflığı riskini artırır. Hastalar bu nedenle mobilize edilmelidir (8). Beş çalışmada (7,21,22,24,32) hastaların ameliyat günü, dokuz çalışmada (18-20,23,25-28,34) ise ameliyat sonrası birinci günde mobilize olduğu belirtilmiştir(Tablo 4).

Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusma: Kolorektal cerrahi geçiren tüm hastalarda ameliyat sonrası bulantı ve kusma riskine karşı çok modelli yaklaşım kullanılarak profilaktik olarak antiemetikler verilmelidir (8). Huibers ve ark. (2012) ve Ren ve ark. (2012) yaptıkları çalışmalarda hastalara antiemetik olarak Dexamethasone, Ondansetron; Teeuwen ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada Ondansetron(4 mg), Kahokehr ve ark. (2011) ve Moral ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada Dexamethasone verilmiştir. Keane ve ark. (2012) , Yılmaz ve ark. (2015), Bozkırlı ve ark. (2012)

çalışmalarında antiemetikler kullanılmış olup ismi belirtilmemiştir (Tablo 4)

Hiperglisemi ameliyat sonrası komplikasyonlar için bir risk etmeni olduğu için, ameliyat sonrası diyabet hastalarında hiperglisemiden kaçınılmalıdır. Ameliyat Sonrası iyileşme protokolünde, çeşitli girişimler insülin direncini etkiler. Ciddi hiperglisemi vakalarında, yoğun bakımda insülin tedavisi önerilmektedir (4,8).

Hastanede Kalış Süresi ve Taburculuk Kriterleri: Çalışmamızda incelediğimiz araştırmaların tümünde hastaların normal diyeti tolere etmesi, oral analjeziklerle ağrı kontrolünün sağlanması ve yeterli mobilizasyonu sağlaması taburculuk kriteri olarak belirtilmiştir (7,18-29,32-34). Çalışmaya dahil edilen ERAS protokolü ile izlenen hastaların hastane ortalama kalış süresinin ortalama 5.8 ± 1.41 gün olduğu, geleneksel bakım ile izlenen hastaların ise hastane ortalama kalış süresinin 8.7 ± 3.17 olduğu saptanmıştır. Literatürde randomize kontrollü, klinik ve meta-analiz çalışmalarında ERAS protokolleri ile izlenen hastaların toplam hastanede kalış süresi 2-2.5 gün kıaldığı ve komplikasyonların %30-50 azaldığı vurgulanmaktadır(6,38-41).

Komplikasyon ve Mortalite: Çalışmamızda ERAS protokolü ile izlenen hastalarda %5 ile %40, geleneksel bakım ile izlenen hastalarda ise %9.5 ile %60 arasında komplikasyon geliştiği belirtilmektedir (7,18,19,22,28,32-34). Literatürde kolorektal cerrahiden sonra komplikasyon gelişme riski %10-20 ve ameliyat sonrası hastanede kalış süresi 6-10 gün olduğu belirtilmektedir (7,18,15). Bu konuda yapılan çalışmalar ve meta analizler sonucunda, ERAS protokollerinin hastane yatış süresini kısalttığı, mortaliteyi düşürdüğü, bağırsak fonksiyonlarının hızla geriye dönüşünü ve erken mobilizasyonu sağladığı ve ağrıyı azalttığını saptanmıştır (2,42,43).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmaya dahil edilen ERAS protokolü ile izlenen hastaların hastane ortalama kalış süresinin ortalama 5.8 ± 1.41 gün olduğu, geleneksel bakım ile izlenen hastaların ise hastane ortalama kalış süresinin 8.7 ± 3.17 olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak kolorektal cerrahide geleneksel bakıma göre ERAS protokolleri ile bakım verilen hastalarının hastanede kalış süresinin ve komplikasyonların görülme oranının azaldığı belirlenmiştir. Ülkemizde de kanıta dayalı ERAS protokollerinin uygulanmasının yaygınlaştırılması ve bu konu ile ilgili daha çok randomize kontrollü, deneysel çalışmalarının yapılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma son beş yılda yayınlanan araştırmaların incelenmesi ile sınırlıdır.

Çıkar İlişkisi: Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan eder.

KAYNAKLAR

1. Melnyk M, Casey R.G, Black P, Koupparis A. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protokols Time to Change Practice? *Urol. Assor. J.* 2011;5(5):342-348. Doi:10.5489/cuaj 1002.
2. Fearon KC, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, Revhaug A, Dejong CH, Lassen K. et al. Enhanced Recovery After Surgery A Consensus Review Of Clinical Care For Patients Undergoing Colonic Resection. *Clin.Nutr.* 2005;24(3):466-477.
3. Neville A, Lee L, Antonescu I., Mayo N.E, Vassiliou M.C.,Fried G.M. Systematic Review Of Outcomes Used To Evaluate Enhanced Recovery After Surgery. *BJS* 2014;101:159- 170.
4. Ljungqvist O. Enhanced Recovery After Surgery Moving Evidence-Based Perioperative Care to Practice. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 2014;38:559-566. Doi:10.1177/0148607114523451.5
5. Lassen K, Soop M, Nygren J,Cox P.B,Hendry P.O,Spies C. Consensus Review Of Optimal Perioperative Care In Colorectal Surgery Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Group Recommendations. *Arch. Surg.* 2009;144(10):961-969. doi: 10.1001/archsurg.2009.170.9.
6. Varadhan K.K, Neal K.R, Dejong C.H, Fearon K.C, Ljungqvist O and Lobo D.N. The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Pathway For Patients Undergoing Major Elective Open Colorec- Talsurgery: A Meta-Analysis Of Randomized Controlled Trials. *Clin. Nutr.* 2010;29(4): 434-440. doi: 10.1016/j.clnu.2010.01.004.
7. Keane K, Savage S, McFarlane K, Seigne R, Robertson G and Eglinton T. Enhanced Recovery After Surgery Versus Conventional Care In Colonic And Rectal Surgery. *ANZ. J. Surg.* 2012;82:697-703.
8. Gustafsson U. O, Scott M. J, Schwenk W. Demartines N, Roulin D,Francis N et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colonic Surgery Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. *World J. Surg.* 2013;37:259-284 doi 10.1007/s00268-012-1772-0.
9. Hendry A, Fearon K.H. Intraoperative Surgical Considerations For Enhanced Recovery After Elective Colonic Surgery. *Journal Compilation Transfusion Alternatives In Transfusion Medicine* 2007:61-67 doi: 10.1111/j.1778-428X.2007.00046.x
10. Cakir H, Van Stijn M. F. M, Lopes Cardozo A. M. F, Langenhorst B.L.A.M. Schreurs W.H, Van de Ploeg T.J. et al. Adherence To Enhanced Recovery After Surgery And Length Of Stay After Colonic Resection. *Colorectal Disease The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland.* 2013;15:1019-1025.
11. Smart N.J. and Daniels I. R. Beyond Enhanced Recovery. *Colorectal Disease The Association Of Coloproctology Of Great Britain And Ireland.* 2013;15:1331-1332
12. Eskicioğlu Ç, Forbes S.S, Aarts A.M, Okraïneç A, Mcleod S.R. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Programs For Patients Having Colorectal Surgery A Meta-Analysis Of Randamized Trials. *J.Gastintest. Surg.* 2009;13:2321-2329 doi 10.1007/s11605-009-0927-2
13. Walter C.J, Collin J, Dumville J.C, Drew P.J, and Monson J.R. Encanhd Recory In Colorectal Resections A Systematic Review And Meta -Analysis. *Colorectal Disease The Association Of Coloproctology Of Great Brain And Ireland.* 2009;11:344-353 doi: 10.1111/j.1463-1318.2009.01789.x.
14. Lv L, Shao Y.F, Zhou Y.B. The Enhanced Recory After Surgery (ERAS) Pathway For Patients Undergoing Colorectal Surgery:An Update Of Meta-Analysis Of Randomized Coltrrolled Trials.*Int.J.Colorectal Dis.* 2012;27:1549-1554 doi:10.1007/s00384-012-1577-5
15. Rawlinson A, Kang P, Evans J, Khanna. A Systematic Review Of Enhanced Recovery Protocols In Colorectal Surgery. *Ann.R.Coll.Surg.Engl* 2011;93:583-588. Doi:10.1308/147870811x605219.
16. Rossi G, Vaccarezza H, Vaccaro A.C, Mentz E.R, Im V, Alvarez A et al. Two-Day Hospital Stay After Laparoscopic Colorectal Surgery Under An Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Pathway. *World J. Surg.* 2013;37:2483-2489 doi 10.1007/s00268-013-2155-x.
17. Zargar-Shoshtari K, Hill AG. Optimization Of Perioperative Care For Colonic Surgery: A Review Of The Evidence. *ANZ. J. Surg.* 2008;78:13-23.
18. Teeuwen P.H.E, Bleichrodt R. P, Strik C, Groenewoud J.J.M, Brinkert W, Van Laarhoven C.J.H.M et al. Enhanced Recovery After Surgery (Eras) “Versus Conventional Postoperative Care In Colorectal Surgery. *J.Gastrointest.Surg.* 2010;14:88-95. doi 10.1007/s11605-009-1037.
19. Moral M.A, Aracil X.S, Gil-Egea M.J, Frasson M, Lorente B.F, Granero E.G. Observational Cross-Sectional Study Of Compliance With The Fast Track Protocol In Elective Surgery For Colon Cancer In Spain. *Int. J.Colorectal Dis.* 2014;29:477-483. doi 10.1007/s00384-013-1825-3.
20. Huibers C.J.A, de Roos M. A. J, Ong K. H. The Effect Of The İntroduction Of The Eras Protocol İn Laparoscopic Total Mesorectal Excision For Rectal Cancer. *Int. J. Colorectal Dis.* 2012; 27:751-757. doi 10.1007/s00384-011-1385-3.
21. Kahokehr A. A, Sammour T, Sahakian V, Zargar-Shoshtari K and Hill A.G. Influences On Length Of Stay İn An Enhanced Recovery Programme After Colonic Surgery. *Colorectal Disease The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland.* 2011;13:594-599. doi:10.1111/j.1463-1318.2010.02228.x.
22. Ahmed J, Khan S, Gatt M, Kallam R and MacFie J. Compliance With Enhanced Recovery Programmes İn Elective Colorectal Surgery. *British Journal of Surgery* 2010;97:754-758. doi: 10.1002/bjs.6961.
23. Ren L, Zhu D, Wei Y, Pan X, Liang L, Xu J et al. Enhanced Recovery After Surgery (Eras) Program Attenuates Stress And Accelerates Recovery İn Patients After Radical Resection For Colorectal Cancer A Prospective Randomized Controlled. *Trial World J.Surg.*2012;36:407-414. doi 10.1007/s00268-011-1348-4.
24. Gillissen F, Hoff C, Maessen J.M.C, Winkens B, Teeuwen J.H.F.A, Meyenfeldt V.F.M et al. Structured Synchronous Implementation Of An Enhanced Recovery Program İn Elective Colonic Surgery İn 33 Hospitals İn The Netherlands. *World J. Surg.* 2013;37:1082-1093. doi 10.1007/s00268-013-1938-4.
25. Smart.N. J, White P, Allison A. S, Ockrim J. B, Kennedy R. H and Francis N. K. Deviation And Failure Of Enhanced Recovery After Surgery Following Laparoscopic Colorectal Surgery: Early Prediction Model. *Colorectal Disease The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland* 2012;14:727-734. doi:10.1111/j.1463-1318.2012.03096.x.
26. Shida D, Tagawa K, Inada K, Nasu K, Seyama Y, Maeshiro T et al. Enhanced Recovery After Surgery (Eras)Protocols For Colorectal Cancer İn Japan. *BMC Surgery* 2015;15:4-6. doi 10.1186/s12893-015-0079-0.
27. Boulind C.E, Yeo M, Burkill C, Witt A, James E, Ewings P et al. Factors Predicting Deviation From An Enhanced Recovery Programme And Delayed Discharge After Laparoscopic Colorectal Surgery. *Colorectal Disease The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland* 2011;14:103-110. doi:10.1111/j.1463-1318.2011.02799.x.
28. Yılmaz B, Işık A, Fırat D, İdiz O, Çakır C, Akçakaya A. Kolon Kanseri Cerrahi Sonrası Konvansiyel ve Hızlı iyileşme Protokolünün Karşılaştırılması” *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2015;31. doi:10.55152/UCD.2015.2798.
29. Bozkırlı O.B, Gündoğdu H.R, Ersoy E.P, Akbaba S. Temel H, Sayın T. ERAS Protokolü Kolorektal Cerrahi Sonuçlarımızı Etkiledi Mi? *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2012;28:149-152
30. Nygren J, Thorell A, Ljungqvist O. Preoperative Oral Carbohydrate Nutrition An Update. *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab.Care* 2001;4:255-259.
31. Noblett SE, Snowden CP, Shenton BK, Horgan A.F. Randomized Clinical Trial Assessing The Effect Of Doppler-Optimized Fluid Management On Outcome After Elective Colorectal Resection. *Br. J. Surg.* 2006;93:1069-1076.
32. Lloyd G. M, Kirby R, Hemingway D. M, Keane F. B, Miller A. S, Neary P. The Rapid Protocol Enhances Patient Recovery After Both Laparoscopic And Open Colorectal Resections. *Surg. Endosc.* 2010;24:1434-1439. doi 10.1007/s00464-009-0795-6.
33. Kolozsvari N.O, Capretti G, Kaneva P, Newille A, Carli F, Liberman S et al. Impact Of An Enhanced Recovery Program On Short-Term Outcomes After Scheduled Laparoscopic Colon

- Resection. *Surg. Endosc.* 2013; 27:133–138. doi 10.1007/s00464-012-2446-6.
34. Haverkamp M. P, De Roos M. A. J, Ong K. H. The Eras Protocol Reduces The Length Of Stay After Laparoscopic Colectomies. *Surg. Endosc.* 2012;26:361–367. doi 10.1007/s00464-011-1877-9
35. Vlug M.S, Wind J, van der Zaag E, Ubbink D.T, Cense H.A, Bemelman W.A. Systematic Review Of Laparoscopic Versus Open Colonic Surgery Within An Enhanced Recovery Programme. *Colorectal Dis.* 2009;11:335–343.
36. Tjandra J.J, Chan M.K. Systematic Review On The Short-Term Outcome Of Laparoscopic Resection For Colon And Rectosigmoid Cancer. *Colorectal Dis.* 2006; 8:375–388
37. Lewis S.J, Andersen H.K, Thomas S. Early Enteral Nutrition Within 24 H Of Intestinal Surgery Versus Later Commencement Of Feeding A Systematic Review And Meta-Analysis. *J. Gastrointest Surg.* 2009;13:569–575.
38. Adamina M, Kehlet H, Tomlinson GA, Senagore AJ, Delaney CP. Enhanced Recovery Pathways Optimize Health Outcomes And Resource Utilization A Meta-Analysis Of Randomized Controlled Trials In Colorectal Surgery. *Surgery* 2011;149:830-840.
39. Zhuang C.L, Ye X.Z, Zhang X.D, Chen B.C, Yu Z. Enhanced Recovery After Surgery Programs Versus Traditional Care For Colorectal Surgery A Meta-Analysis Of Randomized Controlled Trials. *Dis. Colon Rectum* 2013;56:667-678.
40. Gouvas N, Tan E, Windsor A, Xynos E, Tekkis PP. Fast-Track Vs Standard Care In Colorectal Surgery A Meta-Analysis Update. *Int. J. Colorectal Dis.* 2009;24:1119–1131.
41. Greco M, Capretti G, Beretta L, Gemma M, Pecorelli N, Braga M. Enhanced Recovery Program in Colorectal Surgery:A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials *World J Surg* 2014; 38:1531–1541
42. Khan S, Gatt M, MacFie J. Enhanced recovery programmes and colorectal surgery does the laparoscope confer additional advantages? *Colorectal Dis.* 2009;11:902–908.
43. Anderson A.D.G, McNaught C.E, MacFie J, Tring I, Barker P and Mitchell C.J. Randomised Clinical Trial Of Multimodal Optimisation And Standard Perioperative Surgical Care. *Br. J. Surg.* 2003;90:1497–1504.

Tablo 1. Sistematik İncelemeye Dahil Edilen Araştırmalar

Yazar Yıl	Türü	Örneklem	Uygulanan Ameliyatlara	Sonuç
Keane ve ark. 2012 (7)	*RKÇ	n=240 Açık ve kapalı kolorektal cerrahi geçiren hasta. (160 hasta geleneksel perioperatif bakım alan, 80 hasta ERAS protokolü ile izlenen) 2007-2009	Sağ kolon rezeksiyonu Sol kolon rezeksiyonu İncebağırsak rezeksiyonu Hartman Subkolektomi, proktokolektomi Anterior aşağı rezeksiyon	Ort. hastanede kalış süresi ***ERAS =7 gün Kontrol =10gün Komplikasyon ***ERAS =%40.0 Kontrol = % 42.5 Mortalite *** ERAS=% - Kontrol=%0.6
Kahokehr ve ark. 2011 (21)	Deneyssel	n=100 Elektif kolorektal ameliyat geçiren hasta (100 hasta ERAS protokolü ile izlenen). 2005-2008	Sağ Kolektomi Sol Kolektomi Total Kolektomi	Ort. hastanede kalış süresi =4 gün Mortalite Ø Komplikasyon: Belirtilmemiş
Teeuwen ve Ark. 2010 (18)	*RKÇ	n=203 Elektif kolorektal ameliyat geçiren hasta. (122 hasta geleneksel perioperatif bakım alan, 81 hasta ERAS protokolü ile izlenen) 2006-2008	İleoçekal rezeksiyon Anterior aşağı rezeksiyon Sol hemikolektomi Sağ hemikolektomi Subtotal kolektomi	Ort. hastanede kalış süresi ERAS = 6 gün Kontrol =9gün Komplikasyon ERAS =%14.8 Kontrol=%33.6 Mortalite ERAS =%- Kontrol=%0.55
Ahmed ve ark 2010 (22)	*RKÇ	n=139 Elektif kolorektal ameliyat geçiren hasta. (70 hasta geleneksel perioperatif bakım alan, 69 hasta ERAS protokolü ile izlenen) 2006-2010	Sağ hemikolektomi Sigmoid kolektomi Anterior rezeksiyon Subtotal ve total kolektomi Hartman Rektal eksizyon	Ort. hastanede kalış süresi ERAS =6 gün Kontrol=7gün Mortalite ERAS =%5.6 Kontrol=%4 Komplikasyon Belirtilmemiş.
Ren ve ark. 2012 (25)	*RKÇ	n=597 Elektif kolorektal ameliyat geçiren. (298 hasta geleneksel perioperatif bakım alan, 299 ERAS protokolü ile izlenen) 2007-2010	Sağ hemikolektomi Sol hemikolektomi Sigmoid kolektomi Transver kolon rezeksiyonu Aşağı anterior rezeksiyonu Rekta sigmoid kolektomi Abdominoperineal perineal rezeksiyonu	Ort. hastanede kalış süresi ERAS =5.7gün Kontrol=6.6gün Komplikasyon ERAS=%9.7 Kontrol=%9.4 Mortalite ERAS =%- Kontrol=%-
Gillissen ve ark.(24) 2013	*RKÇ	n=2485 Elektif kolorektal ameliyat geçiren. (1451 hasta geleneksel perioperatif bakım alan, 1034 ERAS protokolü ile izlenen) 2005-2009	Sağ Kolektomi Sol Kolektomi	Ort. hastanede kalış süresi ERAS =5 -6gün, Kontrol=9gün Mortalite: Belirtilmemiş Komplikasyon: Belirtilmemiş
Lloyd ve ark. 2010 (32)	*RKÇ	n=117 Elektif kolorektal ameliyat geçiren kapalı ve açık rezeksiyon olan hastalar. Lap. kontrol=70 ERAS=55 Açık kontrol 47 ERAS=25 2006-2007	Anterior rezeksiyon Sağ hemikolektomi Protektomi Sigmoid kolektomi Subtotal kolektomi Hartman Abdominoperineal rezeksiyonu	Ort. hastanede kalış süresi Lap.ERAS =6 gün, Kontrol =9.5gün Açık ERAS=7.5 gün, Kontrol=12 gün Mortalite ERAS =%- Kontrol=%5 Komplikasyon Lap. ERAS=% 21, Kontrol:%20 Açık ERAS=%20, Kontrol=%60
Smart ve ark.(25) 2012	Klinik Deneyssel Çalışma	n=385 Elektif Lap . kolorektal ameliyat geçiren ERAS protokolü ile izlenen hastalar. 2002-2009	Kolektomi veya Subkolektomi Segmental rezeksiyon Sigmoid kolektomi Anterior rezeksiyonu Hartman Abdominoperineal rezeksiyonu	Ort. hastanede kalış süresi =6gün Mortalite: %1.0 Komplikasyon: %1.6
Shida ve ark.(26) 2015	**RKOÇ	n=352 Elektif kolorektal ameliyat geçiren hasta. (95 hasta geleneksel perioperatif bakım alan, 257 hasta ERAS protokolü ile izlenen) 2009-2012	Açık ve laparoskopik.	Ort. hastanede kalış süresi ERAS =7 gün, Kontrol =10 gün Mortalite ERAS=%0.4, Kontrol =%- Komplikasyon ERAS=%9.3, Kontrol=%9.5

Tablo 1. Sistematik İncelemeye Dahil Edilen Araştırmalar (Devamı)

Yazar Yıl	Türü	Örneklem	Uygulanan Ameliyatlara	Sonuç
Moral ve ark.(19) 2014	*RKÇ	n=363 Lap. ve açık ameliyat olan 18-65 yaş arası kolon kanseri hastalar. (173 hasta geleneksel perioperatif bakım alan,190 hasta ERAS protokolü ile izlenen) 2008-2010	Sol hemikolektomi Sağ hemikolektomi Yukarı anterior rezeksiyon Subtotal hemikolektomi Hartman	Ort.hastanede kalış süresi ERAS=6.2±(5.1) gün kontrol =7.3±5.1gün Komplikasyon ERAS=%31.1, Kontrol =%24.3 Mortalite bakımından her iki grup arasında fark saptanmamış.
Huibers ve ark.(20) 2012	*RKÇ	n=76 Rektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastalar. (43 hasta geleneksel perioperatif bakım alan,33 hasta ERAS protokolü ile izlenen) 2004-2009	Lap. Aşağı anterior rezeksiyon Lap. Abd.perineal rezeksiyonu	Ort.hastanede kalış süresi ERAS=7 gün, Kontrol =10 gün Mortalite ERAS=%- Kontrol =%- Komplikasyon açısından her iki grupta fark saptanmamış.
Kolozsvari ve ark.(33) 2013	*RKÇ	n=297 Lap.kolon rezeksiyonu olan hastalar. (161 hasta geleneksel perioperatif bakım alan,136 hasta ERAS protokolü ile izlenen) 2003-2010	İleoçekal rezeksiyon Sol hemikolektomi Sağ hemikolektomi Transver kolektomi Anterior rezeksiyonu Subtotal kolektomi	Ort.hastanede kalış süresi ERAS =3 gün Kontrol =4 gün Komplikasyon ERAS=%37 Kontrol=%39
Haverkamp ve ark.(34) 2012	*RKÇ	n=186 Lap.koledektomi olan hastalar. (77 hasta geleneksel perioperatif bakım alan ,109 hasta ERAS protokolü ile izlenen) 2004-2009	Sol hemikolektomi Sağ hemikolektomi Sigmoid kolektomi İleoçekal rezeksiyon Subtotal kolektomi	Ort.hastanede kalış süresi ERAS=4 gün, Kontrol =6 gün Komplikasyon ERAS=%15, Kontrol=%26 Mortalite ERAS=%- Kontrol=%1.3
Bouling ve ark.(27) 2011	Klinik deneysel çalışma	n=176 Lap.Kolorektal cerrahi olan ERAS protokolü ile izlenen hastalar. 2006-2009	Sol hemikolektomi Sağ hemikolektomi Sigmoid kolektomi Trans. segmental rezeksiyon Abd.perineal rezeksiyonu	Ort.hastanede kalış süresi =5 gün Mortalite: Belirtilmemiş Komplikasyon: %5
Yılmaz ve ark.(28) 2015	**RKÖÇ	n=91 Kolorektal cerrahi olan hastalar. 35 hasta geleneksel perioperatif bakım alan,56 hasta ERAS protokolü ile izlenen. 2005-2010	Sol hemikolektomi Sağ hemikolektomi Anterior rezeksiyonu	Ort. hastanede kalış süresi ERAS=8.4, Kontrol=15.6 gün Mortalite ERAS=%3.6, Kontrol =%22.9 Komplikasyon ERAS=%25, Kontrol=%51.4
Bozkırlı ve ark.(29) 2012	Klinik deneysel çalışma	=90 Elektif kolorektal ameliyat geçiren hastalar . 2006-2011	Aşağı Anterior rezeksiyonu Miles Operasyonu Lokal Eksizyon	Ort. hastanede kalış süresi =7.6 gün Mortalite: %5.5 Komplikasyon: %13.3

*RKÇ: Randomize Kontrollü Olan Çalışma

**RKÖÇ: Randomize Kontrollü Olmayan Çalışma

***ERAS: Enhanced Recovery After Surgery

Tablo 2. Ameliyat Öncesi Dönem ERAS Protokolü Bileşenleri

Çalışmalar	Hasta Eğitimi ve Danışmanlık	Mekanik Bağırsak Hazırlığı	Oral Karbonhidrat Tedavisi Verilmesi	Premedikasyon	DVT (Derin Ven Tromboz) profilaksisi
Keane ve ark.2012(7)	+	+	+	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş
Kahokehr ve ark. 2011(21)	+	+	+	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş
Teeuwen ve ark.2010(18)	+	-	+	Belirtilmemiş	+
Ahmed ve ark.2010(22)	+	-	+	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş
Ren ve ark.2012.(23)	+	-	+	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş
Gillissen ve ark.2013(24)	+	-	+	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş
Lloyd ve ark.2010(32)	+	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş
Smart ve ark.2012(25)	+	-	+	-	Belirtilmemiş
Shida ve ark.2015(26)	+	-	+	-	Belirtilmemiş
Moral ve ark.2014(19)	Belirtilmemiş	-	+	-	Belirtilmemiş
Huibers ve ark.2012(20)	Belirtilmemiş	+	+	+	+
Kolozsvari ve ark.2013(33)	+	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş
Haverkamp ve ark.2012(34)	+	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	+
Bouling ve ark. 2011(27)	+	-	+	-	Belirtilmemiş
Yılmaz ve ark.2015(28)	+	-	+	-	+
Bozkırlı ve ark.2012(29)	+	-	+	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş

Tablo 3. Ameliyat Sırası Dönem ERAS Protokolü Bileşenleri

Çalışmalar	Cerrahi Kesilerin Minimal Seçimi	Antimikrobiyal Profilaksi ve Cilt Hazırlığı	Yüksek Oksijen Verilmesi %80	Epidural Analjezi Kullanımı	İntraoperatif Hipoterminin Önlenmesi	İntravenöz Sıvı Yönetimi	NG Kullanımı	Dren Kullanımı
Keane ve ark. 2012(7)	Açık ve laparoskopik	Belirtilmemiş	+	+	Belirtilmemiş	+	-	-
Kahokehr ve ark. 2011(21)	Laparoskopik ve transvers insizyon	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	+	+	+	+	-
Teeuwen ve ark.2010(18)	Transvers insizyon	+	Belirtilmemiş	+	+	+	-	-
Ahmed ve ark. 2010 (22)	Transvers insizyon	Belirtilmemiş	+	+	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	-	-
Ren ve ark.2012 (23)	Belirtilmemiş	-	Belirtilmemiş	+	+	+	-	Koşullara göre
Gillissen ve ark.2013(24)	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	+	+	+	+	-
Lloyd ve ark.2010 (32)	Açık ve laparoskopik	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	+	+	-
Smart ve ark. 2012 (25)	Laparoskopik	Belirtilmemiş	+	+	Belirtilmemiş	+	-	-
Shida ve ark.2015 (26)	Laparoskopik ve minimal insizyon	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	+	+	+	-	-
Moral ve ark.2014(19)	Açık ve laparoskopik	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	+	+	+	-	-
Huibers ve ark.2012(11)	Laparoskopik	+	+	+	+	Belirtilmemiş	-	+
Kolozsvari ve ark. 2013 (33)	Laparoskopik	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	+	Belirtilmemiş	+	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş
Haverkamp ve ark. 2012 (34)	Belirtilmemiş	+	Belirtilmemiş	+	+	+	Belirtilmemiş	Cerrahin tercihine göre
Boulinde ve ark. 2011(27)	Minimun insizyon	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	+	Belirtilmemiş	+	-	-
Yılmaz ve ark. 2015 (28)	Transvers insizyon	+	+	+	+	+	+	-
Bozkırlı ve ark. 2012 (29)	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	+	+	+	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş

Tablo 4. Ameliyat Sonrası Dönem ERAS Protokolü Bileşenleri

Çalışmalar	Erken oral sıvı alınımı	Erken oral diyet geçişi	Oral analjezi	Üriner kataterin çıkarılması	Erken Mobilizasyon	Taburculuk kriterleri	Rutin anti-emetiklerin kullanımı
Keane ve ark. 2012 (7)	Ameliyat sonrası hemen	1.gün	+	1.gün	0.günü	Normal diyeti tolere etmeleri, Stoma bakımlarını bağımsız yapmaları, Oral analjezik ile ağrı kontrolünün sağlanması.	+
Kahokehr ve ark. 2011(21).	0.günü	1.gün	+	1.gün	0.günü	Oral analjeziklerle analjezinin sağlanması, Yeterli mobilizasyon, Oral besin ve sıvı tolere etmesi.	+
Teeuwen ve ark. 2010 (18)	0.günü	1.gün	+	1.gün	1.gün	Oral nonopioid analjeziklerle analjezinin sağlanması, Normal diyet alması, Ameliyat öncesi durumuna geri dönmesi.	+
Ahmed ve ark. 2010 (22)	1.gün	1.gün	+	Belirtilmemiş	0.gün	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş
Ren ve ark. 2012 (23)	Ameliyat sonrası 6 saat sonra	1.gün	+	+	1.gün	Belirtilmemiş	+
Gillissen ve ark. 2013 (24)	0.günü	1.gün	+	Belirtilmemiş	0.gün	Oral analjeziklerle analjezinin sağlanması, Yeterli mobilizasyon, Oral besin ve sıvı tolere etmeleri.	Belirtilmemiş
Lloyd ve ark. 2010 (32)	0.günü	1.gün	+	1.gün	0.gün	Normal diyeti tolere etmeleri, Stoma bakımlarını kendileri yapacak kadar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeleri, Oral analjeziklerin yeterli olması.	Belirtilmemiş
Smart ve ark. 2012 (25)	Belirtilmemiş	1.gün	+	+	1.gün	Mobilize olması, Normal diyet ve gerekirse oral analjezik alması.	Belirtilmemiş
Shida ve ark. 2015(26)	1.gün	3.gün	+	+	1.gün	Normal diyeti tolere etmeleri, Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeleri, Ağrı kontrolünün yeterli sağlanması.	Belirtilmemiş
Moral ve ark. 2014 (19)	Op.12sa.sonra	Belirtilmemiş	+	Belirtilmemiş	1.gün	Oral analjezi alımının azalması, Oral sıvıları tolere etmesi, Mobilizasyon.	+
Huibers ve ark. 2012 (20)	Ameliyat sonrası hemen	1.gün	+	2.gün	1.gün	Kateterlerin çıkarılması, Katı diyeti tolere etmesi, Ağrı kontrolünün yalnızca oral analjeziklerle sağlanması, Ameliyat öncesi kendi bakımını yapacak yeterliliğe gelmesi.	+
Kolozsvari ve ark. 2013 (33)	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	+	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	ERAS protokolü ve cerrahin bireysel tercihinine göre.	Belirtilmemiş
Haverkamp ve ark. 2012(34)	0.gün	1.gün	+	+	1.gün	Kateterlerin çıkarılması, Katı diyeti tolere etmesi, Ağrı kontrolünün oral analjeziklerle sağlanması, Basit günlük aktivitelerini yerine getirmesi.	Belirtilmemiş
Boulind ve ark. 2011 (27)	Belirtilmemiş	1.gün	+	+	1.gün	Normal diyeti tolere etmesi, Bağımsız yeterli mobilizasyonun ve ağrı kontrolünün oral analjeziklerle sağlanması.	Belirtilmemiş
Yılmaz ve ark. 2015 (28)	1.gün	1.gün	+	1.gün	1.gün	Katı diyeti tolere etmesi, Bağımsız yeterli mobilizasyon, Ağrı kontrolünün oral analjeziklerle sağlanması, Dışkılamamanın olması.	+
Bozkırlı ve ark. 2012 (29)	0.gün	1.gün	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	+

TALASEMİ HASTALIĞINDA HEMŞİRELİK KURAMLARI

NURSING THEORIES IN THALASSEMIA DISEASE

Sebahat ALTUNDAĞ¹

ÖZET

Hemşirelik kuramları eğitim, araştırma ve profesyonel hemşirelik uygulamaları ve hemşirelik bakımını değerlendirmede rehberdir. Hemşirelik kuramları hemşireliğin kendi bağımsız fonksiyonlarını tanımlayarak hemşireliğin otonomisini güçlendirir. Bu kuramlar hemşirelik eğitimi için temel oluşturur. Bu makalenin amacı, hemşire kuramcılarının ülkemiz hemşireleri tarafından da anlaşılmasını sağlamaktır. Hemşirelik modellerinin kullanımı hemşireliği daha iyi anlamayı sağlayacaktır. Bu makale, hemşire kuramcılarının kuramlarının temel noktaları ile kronik bir hastalıkta hasta bakımını şematize etmeyi ve hemşirelik girişimlerini bütüncül olarak görebilmeyi amaçlamaktadır. Ayrıca kronik bir hastalık olan talasemi kuramcılara göre ele alınıp, hemşirelik girişimlerine yol gösterici olabilmesi hedeflenmiştir. Çalışmada talasemili bir bebeğin bakımında her kuramcının kuramına ilişkin görüşleri yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Bakımı, Hemşirelik Kuramcıları, Talasemi

ABSTRACT

Nursing theories provide guidance for evaluating education, research and professional nursing practices, and nursing care. They strengthen the autonomy of nursing by identifying its own individual functions. These theories make up the basis for nursing education. The aim of this paper is to provide the nurses in our country with an understanding of nursing theorists. The use of nursing models will ensure a better understanding of nursing. This article aims to schematize patient care in a chronic disease based on the main points of nursing theorists' theories and view the nursing interventions holistically. In addition, thalassemia, a chronic disease, is handled in accordance with theorists, which is intended to be guiding for nursing interventions. In the study, the theories of all theorists have been taken into consideration in the care of a baby with thalassemia.

Keywords: Nursing Care, Nursing Theorists, Thalassemia

¹Yrd. Doç. Dr. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İletişim/ Corresponding Author: Sebahat ALTUNDAĞ
e-posta: saltundag@pau.edu.tr

Geliş Tarihi / Received : 04.04.2016
Kabul Tarihi / Accepted: 15.06.2016

GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde sağlık bilimlerindeki bilimsel bilginin artması, teknolojideki ilerlemeler ve uzmanlık alanlarının çoğalması hemşirelikte de bazı köklü değişikliklerin yapılması zorunluluğunu doğurmuştur (1). Teknolojideki ilerlemeler ve sağlık hizmetlerindeki hızlı değişimler nedeniyle hemşireler karmaşık durumlar ve problemlerle sık karşılaşmaktadırlar. Bu durum hemşirelik uygulamalarının da kendi bilimsel yöntemler ile yapılması gerekliliği, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına olan gereksinimleri ortaya çıkarmıştır (2, 3).

Mesleğe özgü kavram ve kuramlarla ilgili bilginin uygulamaya aktarılması her profesyonel disiplinde temeldir (4). Hemşirelik ilke, kuram ve modelleri, hemşireliğin eğitim ve yazın yaşamına son elli yılda büyük bir ivme kazandırmıştır (3). Hemşireler, sorunların çözümünde sistematik bilgi ve kuramlara dayalı yaklaşımları kullanarak, profesyonelleşme sürecinde daha hızlı ilerleyeceklerdir (5). Profesyonel bir disiplinin temel amacı, mesleğin uygulamalarında kullanılacak bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymaktır (1).

Hemşireliğin bilimsel bilgi içeriğinin önemli bir bileşeni olan hemşirelik model/ kuramları, hemşirelik sürecinin her aşamasında hemşireye yol göstericidir. Hemşirelik kuramları ve modelleri, bireye ilişkin toplanan verilere bir bakış açısı getirmek ve bu bakış açısına uygun girişimler planlayıp değerlendirme yapmaya yarar (1). Bütün model/ kuramlar hemşirelik uygulamaları için temel oluşturur. Hemşirelikte kavramsal modellerin kullanımı hemşireliğin bilimsel yönünü güçlendirmektedir (6).

Hemşirelik model/ kuramları, temel olarak bireyi ele alması nedeniyle hemşirelik aktivitelerini “iş merkezli” olmaktan uzaklaştırır. Model/kuramlar hemşirelik bilgisini ve aktivitelerini sistematize ederek hemşireye rehberlik eder ve profesyonel bir iletişim sağlar (1, 4, 7)

Hemşirelik kuram ve modelleri eğitim, araştırma, uygulama ve yönetimde rehberlik etmektedir (6, 8). Hemşirelik araştırma ve uygulamalarında model/ kuram kullanımı bazen çok karmaşık görünür. Kullanılacak olan kavramsal modelin içeriği anlaşılmalı, araştırma ve uygulama için kullanıma ilişkin literatür incelemesi ve araştırma konusuna ilişkin kavramsal-teorik-deneysel yapının oluşturulması ve ilişkilendirilmesi gerekir (9).

Hemşireler, model/ kuram kullanımıyla temel kavramları belirleyerek uygulamadaki sorunların tanımlanmasını ve çözüm önerilerinin geliştirilmesini sağlarlar (10). Model/ kuram kullanımı, davranışlarımız için yönlendiricidir ve hasta/hemşire ilişkisindeki roller hakkında fikir verir (11).

Günümüzde modellere olan ilginin artmasına rağmen hemşirelik uygulamalarında modellerin kullanımına çok fazla rastlanmamaktadır. Bunun en önemli nedenleri ise; temel hemşirelik eğitiminde model kullanımına yeterince yer verilmemesi, modellerin çoğunun karmaşık yapıya sahip olması ve soyut kavramlardan oluşmasıdır (12, 13).

Hemşirelikte eğitim, uygulama, araştırma ve yönetimde kuram/model kullanımının öneminin öğrencilere kavratılması; kuram/model temelli hemşirelik araştırmalarının desteklenmesine sağlanmaktadır. Doktora programlarında kuram dersleri yer almaktadır. Ülkemizde son yıllardaki çalışmalarda kuram ve model kullanımına ilişkin çalışmalar yapılmakta, tezler yapılmaktadır. Ancak kuramcıların hastalıkları anlatımda kullanımı yer almamaktadır. Hemşirelik eğitim ve uygulamalarında hemşirelik kuramcılarının önemlidir. Bu derleme, hemşirelik kuramcılarının hemşireliğin her alanında rahatlıkla kullanımını göstermek, her kuramcının kuramının en belirgin özelliği ile bir hastalığı inceleyip bütüncül bakabilmeyi sağlamak ve konuyu görselleştirerek dikkat çekmek amacıyla hazırlanmıştır.

Hemşirelik Kuramlarının Hastalıkları Anlatımında Kullanımı

Hemşirelik uygulamaları hemşirelik kuramlarına temellenmelidir. Hemşirelik kuramları eğitim, araştırma ve profesyonel hemşirelik uygulamaları ve hemşirelik bakımını değerlendirmede rehberdir. Hemşirelik kuramları hemşireliğin kendi bağımsız fonksiyonlarını tanımlayarak hemşireliğin otonomisini güçlendirir. Bu kuramlar hemşirelik eğitimi için temel oluşturur. Hemşirelik araştırmalarında kuramlar genel bilgi ve yeni fikirler için çatı olmuştur. Belirli alanlardaki çalışmalarda yeni bilgilerin keşfine yardım eder (14).

Hemşirelik kuramlarını anlamak kurum, kavram, kavramsal çerçeveler ve kavramsal modelleri tanıyabilmektir (14). Hemşirelik kurum ve modellerine temellenen araştırmalar hemşireliğin bilgi birikimine katkıda bulunur. Hemşirelik kuramlarının birincil amacı hemşirelik biliminin gelişmesini sağlamaktır. Bir mesleğin temel bilgileri kavramlar, önermeler, kuramlar şeklinde ifade edilir (15). Kuram bizim ne bildiğimiz ve neyi bilmeye ihtiyacımız olduğu durumlarda karar vermede yardım ettiği için önemlidir (16).

Kuramsal modeller bir olguyu öğelerine veya bölümlerine ayırır ve bu bölümlerin birbirleriyle nasıl bir ilişki içinde olduğunu açıklar. Bu yönden analizin hemşireler için bir amacının olması gerekir. Bu nedenle kuramsal modeller ile ilgili ilk soru hemşireler ve hastalar için yararlı olup olmadığını ya da ne derece yararlı olduğudur (3). Modellerin yararlı olması, kavram haritasını ortaya koyabilirliği ile ilgilidir. Olgu sıradan bir süreç olduğunda, teorik model tarafından ortaya konan ilişkiler, mekanik bağlantılar veya sıradan yollar biçimine dönüşebilir. Modeller sağlığın psikolojik, biyolojik veya sosyal boyutlarını yönlendirme gereksinimi duyduğunda hemşireye yararlı olabilir (3).

Kuramların analizi, hemşirelik kuramlarının eğitime, araştırmalara, yönetim

ve uygulamalara yansımalarının ilk önemli adımıdır. Hemşirelikte kavram, kurum ve modelleri anlaşılması, hemşirelik uygulamalarının bilimsel temellere yansımalarının da önkoşuludur (3, 6, 7).

Her bir kuramcının üzerinde durduğu kavramların, gerek eğitimde gerekse klinik uygulamalarda mutlaka göz önüne alınması hastaya daha iyi hizmet sunma, eğitim ve araştırma için rehber oluşturma ve mesleki profesyonelliği arttırmada yardımcı olabilir. Özellikle klinik uygulamalarda neden sonuç ilişkisini açıklamada ve eğitimde bilgiyi organize etmede destek oluşturabilir.

Talaseminin Hemşire Kuramları Boyutunda İncelenmesi

Beta talasemi, otozomal resesif geçişli, önlenebilir ve Türkiye'nin de içinde olduğu Akdeniz ülkelerinde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Taşıyıcıların saptanması, genetik danışma ve doğum öncesi tanı konulabilmesi engellenebilir bir hastalık olmasına rağmen her yıl talasemili hasta sayısı artmaktadır. Danışmanlık hizmetlerinde sağlık çalışanlarına büyük görevler düşmektedir (17, 18).

Talasemi doğumdan sonra 3. ayda, genellikle 10-12. aylarda görülür. Bu dönem insan yaşamındaki en önemli dönemlerindedir. Bebekle anne arasında çok yoğun, güvene dayalı bir duygusal ilişki gelişir. Hastalık durumunda çocuk hastane ortamı ve tedavilerle karşılaşır, tanımadığı ortam, insanlar, sesler, girişimler korku-anksiyete yaratır. Ebeveynlerin anksiyetesinden olumsuz etkilenir. Tedaviler süresince; rutinlerine uyulması, dokunuşlar, yumuşak ses tonuyla konuşmak, ağrı-acı deneyiminde kucaklamak baş etmesini destekler. Ayrılık anksiyetesi yaşamaması için ebeveyni yanında olmalıdır. Bu çalışmada, Talasemili bebeğin bakımı kavram haritası yöntemiyle farklı hemşirelik kuramcılarının göre ele alınmıştır (17, 18).

Literatür bilgileri doğrultusunda kan hastalıklarından talasemi, bebeklik döneminde hemşirelik kuramcılarının göre

incelenmiş ve hemşirelik bakımı şematize edilerek sunulmuştur (Şekil 1).

Talasemiyi hemşirelik kuramcılarının en temel felsefeleriyle incelediğimizde;

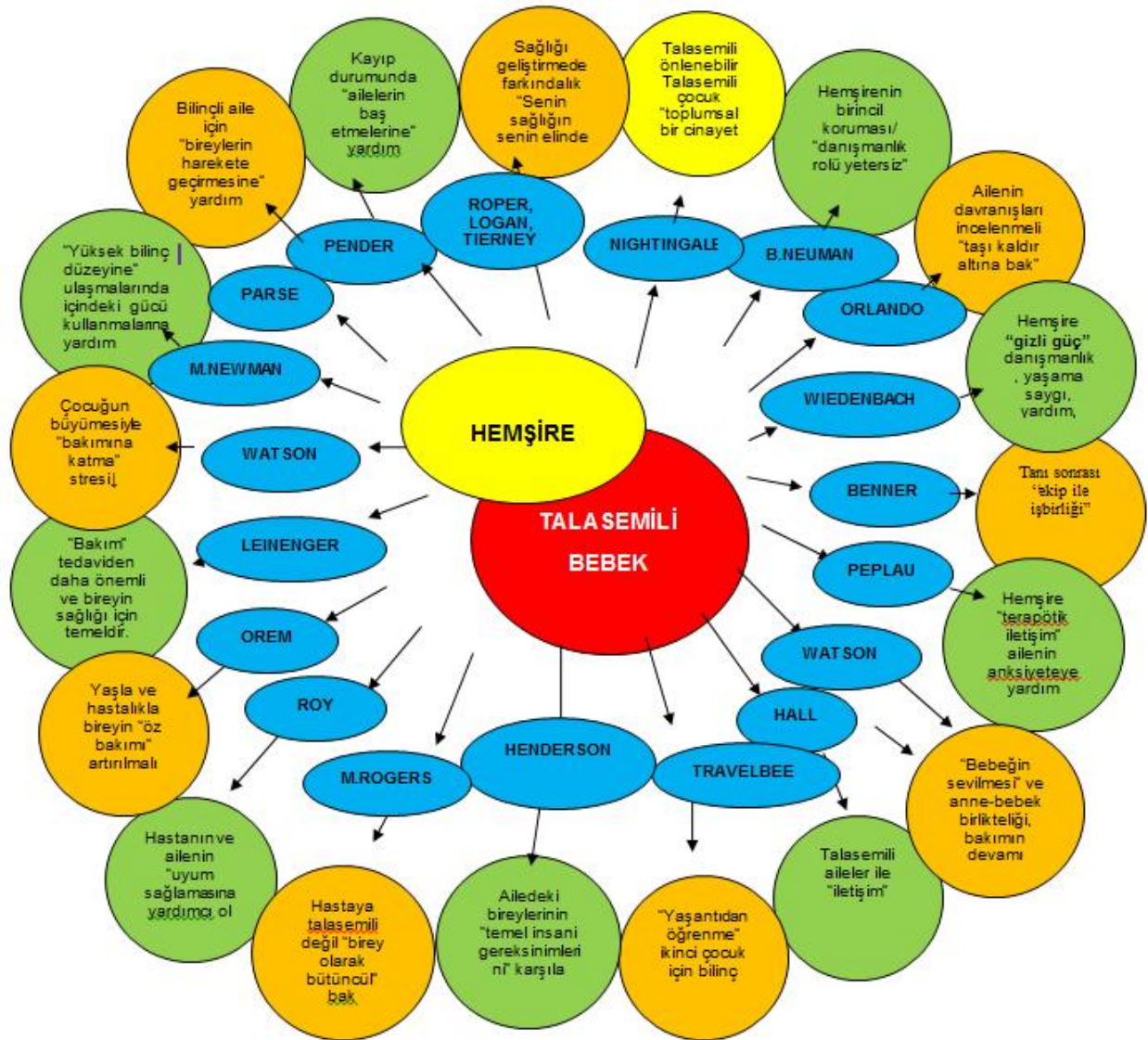
- ✓ **Nightingale** önlenebilecek bir durumda talasemili bir çocuğun doğumunu “toplumsal bir cinayet” olarak görmektedir. Hemşirelerin danışmanlık ve eğitim çalışmalarını yürütmesi ile talasemili bebeğin doğumu önlenebilir.
- ✓ Talasemili bir bebeğin doğumu halinde taşıyıcı ailelere danışmanlık yapılmamıştır, hemşire talasemili bir çocuğun doğumunda **B. Neuman**’ın birincil korumasını başaramamış olur.
- ✓ **Orlando**, hemşireye ailenin davranışlarını incelemesini “taşı kaldır altına bak” ifadesiyle vurgulamaktadır. Talasemili bebeği olan ailelere prenatal ve genetik danışmanlığın verilip verilemediği incelenmelidir. Aileler talasemili bir çocuğa sahip olmuş ise sonraki gebelikler için danışmanlığın verilmesi gerekmektedir.
- ✓ **Wiedenbach**, danışmanlık vermede hemşirenin gizli güçlerini kullanmasını, yardım etmesini, danışmanlık vermesini önerir.
- ✓ **Benner**, tanı sonrası ekip ile işbirliğine dikkati çekmektedir.
- ✓ **Peplau** hemşire ve aile arasında terapötik iletişim yolu ile anksiyetenin azalacağına,
- ✓ **Watson** çocuğun sevilmesi ve sevgisiyle bakımın devamına dikkat çekmektedir. Çocuk ihmal ve istismarının önlenmesi sağlanabilir.
- ✓ **Hall**, talasemili aileler ile iletişimin önemine dikkati çekmektedir.
- ✓ **Travelbee** yaşantıdan öğrenmelere ve bu şekilde ikinci çocuk için bilinçli olunması gerektiğine,
- ✓ **Henderson** ailedeki bireylerin temel insani gereksinimlerinin karşılanmasına,
- ✓ **M. Rogers**, hastanın talasemili değil birey olarak bütüncül ele alınmasını gerektiğini savunur.
- ✓ **Roy** hastanın ve ailenin hastalığa uyum sağlamasına yardımcı olmayı,
- ✓ **Orem** yaşla ve hastalıkla birlikte bireyin öz bakımının artırılmasına,
- ✓ **Leininger**, bakımın tedaviden daha önemli ve bireyin sağlığı için temel olduğuna, kültürel değerlerin, inancın, akrabalık ilişkilerinin bebeğin doğumunda etkili olabileceğine,
- ✓ **King**, çocuğu alan anneye sahip olduğu değerlerle birlikte insan olarak saygı duyulmasına,
- ✓ **Watson**, çocuğun büyümesiyle kendi bakımına katılmada uyum kazanmasına,
- ✓ **M.Newman**, ailelerin yüksek bilinç düzeyine ulaşmalarında içindeki gücü kullanmalarına

yardım edilmesine, ve bu şekilde sağlıklı çocukların yetiştirilebilmesine,

- ✓ **Kolcaba**, annenin bebeğin doğumuyla yakınlarından duygusal ve spiritüel destek gereksiniminin artmasına ve hemşirenin eğitim verme, dinleme becerilerinin olası gerektiğine,
- ✓ **Mercer**, hemşire anneye annelik rolü yeteneğini kazanmasında yardımcı olunmasına ve doğum öncesi ve sonrası dönemde aileye eğitim verilmesi gerektiğine,
- ✓ **Parse**, bilinçli aile için bireylerin harekete geçirmesine yardım edilmesine dikkati çekmektedir.
- ✓ **Roper, Logan, Tierney**, ölüm durumlarında ailelerin baş etmelerini,
- ✓ **Pender**, çocukların sağlığını geliştirmede farkındalığı savunur. “Senin sağlığın senin elinde” ifadesi temeldir. Bu felsefeyle çocukların tedavi süreçlerindeki uyumlarının devamı sağlanabilir (10, 20).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; her kuramcının temel felsefelerinin hastalıkla incelenmesi bütüncül bakışı göstermesi açısından farklı olabilmektedir. Ayrıca, hemşirelik modellerinin hemşirelik uygulamaları için bilimsel bir temel olarak, hemşirelik bilgi içeriğinin daha sistematik şekilde gelişmesini sağladığını, bakıma pratik yaklaşımlar getirdiğini fark edebiliriz. Talasemi gibi kronik bir hastalık tanısı alan bebek ve ailelerinin bu dönemde yaşadıkları yoğun kaygı, anksiyetesi, suçluluk gibi duygularla baş edebilme, danışmanlık gibi hastalık öncesi dönemde nitelikli bir hemşirelik uygulaması doğrultusunda bakım girişimlerinin uygulanması gerekmektedir. Kuramcılarının temel felsefeleriyle bir hastalığın şematize edilmesi, gerek öğrencilerin gerekse hemşirelerin bilgilerinin daha kalıcı olmasını sağlayabileceği için, kuramcılarla diğer hastalıkların incelenmesi önerilmektedir.



Şekil 1: Talasemili Bebek Bakımının Hemşirelik Kuramcılarına Göre İncelenmesi

KAYNAKLAR

1. Veliöğlu P (ed.). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset. İstanbul – 1999; ss: 119-520.
2. Huang Y.C, Chen H.H, Yeh M.L, et al. Case studies combined with or without concept maps improve critical thinking in hospital-based nurses: A randomized-controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 2012; 49: 747-754.
3. Ocakçı AF (ed.), Alpar ŞE (ed.). Ocakçı AF. Hemşirelikte Kavram, Kuram Ve Model Örnekleri. 1. Baskı. ISBN: 978-605-4499-76-2 İstanbul – 2013; ss: 1-10.
4. Ay F (ed). Ay F, Ertem Ü, Özcan N, Ören B, Işık R, Sarvan S. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. 1. Baskı. ISBN: 9756395702 İstanbul – 2007; ss: 5-6.
5. Tokat MA. Okumuş H. Başarılı emzirme için kuram ve başarılı emzirme için kuram ve modele dayalı hemşirelik uygulamaları nasıl geliştirilir. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2008; 10 (3): 53-58.
6. Alligood MR. *Nursing Theory: Utilization & Application*. 5rd ed. ISBN: 978-0-323-09189-3 America 2014; ss: 13.
7. Birol L (ed). Hemşirelik Süreci, 6. Baskı. Etki Matbacılık. ISBN: 975-9476-20-7 İzmir-2004; ss: 51.
8. Meleis AI. *Theoretical Nursing: Development And Progress*. Lippincott Williams & Wilkins, 4nd ed. Philadelphia 2007. ss: 35-45
9. Fawcett, J. Using the roy adaptation model to guide research and/or practice: construction of conceptual theoretical-empirical systems of knowledge. *Aquichan (AÑO)* 2009; 9 (3): 297-306.
10. Fawcett J (ed.). *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2th ed. ISBN: 10987654321 Philadelphia - 2005. ss: 27-553.
11. Gigliotti E. The value of nursing models in practice. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergi* 2008; 1 (1): 42-50.
12. İşbir GG, Mete S. Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: bulantı-kusma sorunu olan bir gebenin roy uyum modeline göre incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi* 2009; 2 (2): 75-86.
13. Vicdan AK. Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: Modifiye radikal mastektomi olmuş bir bayanın, Roy'un adaptasyon modeline göre incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 2 (3): 106-119.
14. Cruz R. *Fundamentals of Nursing Practice*.. <http://www.peoi.org/Courses/Coursesen/nursepractice/NG110EN.html>. 27 Haziran 2016: İnternet adresine atf.
15. McKenna H. *Nursing Theories and Models*. London, 1997. ss: 55-190. <https://www.questia.com/read/103477128/nursing-theories-and-models>. 27 Haziran 2016: İnternet adresine atf.
16. Colley S. Nursing theory: its importance to practice. *Nursing Standard* 2003; 17: (46) 33-37.
17. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Hematolojik sorunu olan çocuk ve hemşirelik bakımı. 10. baskı. ISBN: 975-94996-3-0 Ankara – 2013; ss: 210-214.
18. Yiğit R (ed.). *Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme*. Sistem Ofset. Ankara - 2009. ss:15-35.
19. Alligood MR (ed.), Tomey AM (ed.). *Nursing Theory Utilization & Application*, 5rd ed. ISBN: 978-0-323-09189-3 America – 2014; ss: 84-394.

İLERİ YAŞTA GÖRÜLEN REKTAL YABANCI CİSİM: OLGU SUNUMU

RECTAL FOREIGN BODY ENCOUNTERED IN OLD AGE: A CASE REPORT

Mehmet Dokur¹, Baki Aydoğan², Erdal Uysal³, Emine Petekkaya⁴, Emine Ak⁵

ÖZET

Rektal yabancı cisimler, genellikle sindirilemeyen yabancı objelerin oral ya da rektal yolla alımı sonrasında görülür. Çok çeşitli nedenlerle alınan ve geniş bir obje spektrumuna sahip olan rektal yabancı cisimler, trans-anal ve rektal yaralanmaların sık görülen bir nedenidir. Özellikle orta yaş grubu erkeklerde rastlanılan rektal yabancı cisimler, klinikte karşımıza en sık alt karın ve/veya rektum bölgesinde ağrı ve tenezm şikayetleri ile çıkabilir. İleri yaşlarda rektal yabancı cisimler çok nadir görülür ve etyolojisinde sıklıkla anal otoerotizm gibi bir amaç vardır. Tanıda inandırıcı olmayan bir anamnez, rektal tuşede ele yabancı cisim gelmesi ve direkt batın grafisinde yabancı cisim dansitesi görülmesi önemlidir. Tedavide operatif ya da non-operatif girişim yöntemleri kullanılabilir. Bu çalışmada, Kilis Devlet Hastanesi'nin acil servisine ano-rektal bölgede ağrı ve tenezm şikayetleri ile getirilen 82 yaşındaki bir erkek hastada şüpheli anamnez bilgileri, dikkatli bir şekilde yapılan karın-rektal bölge muayenesi ve çekilen direkt karın grafisi ile tanısı konulan rektal yabancı cisim olgusunu inceledik. Hastadan çıkartılan rektal yabancı cisim bir tahta havan eli idi. Herhangi bir komplikasyon gelişmeyen olgu, psikiyatri poliklinik kontrolü önerilerek eksterne edildi. Acil servislerde rastlanabilen rektal yabancı cisimlerin atipik klinik prezentasyonlarını, tanı ve cerrahi tedavi yaklaşım farklılıklarını vurgulamak amacıyla hazırladığımız bu olgu, ileri yaşta görülen rektal yabancı cisimler için bir örnektir.

Anahtar sözcükler: Rektal Yabancı Cisim, Anal Otoerotizm, İleri Yaş, Erkek Hasta

ABSTRACT

Rectal foreign bodies, usually seen after oral or rectal intake of indigestible foreign object and it having a wide spectrum of objects are a common cause of trans-anal rectal injuries. Rectal foreign bodies are especially seen in middle-aged men and clinically can appear most often pain complaints in the lower abdomen and tenesm. Rectal foreign bodies in older age are very rare and often anal autoeroticism purpose in its etiology. In these patients it is important to take an unconvincing anamnesis, and performed an examination including rectal palpation and direct roentgenogram. Operative or non-operative approaches can be applied its treatment. In this study, we evaluated 82-year-old male patient admitted to the Emergency Department of Kilis State Hospital and there was an unconvincing anamnesis in this patient. After that carefully abdominal and rectal physical examination was performed and direct abdominal roentgenogram was taken. What is extracted from the patient is a wooden pestle. The patient without any complications discharged and suggested psychiatric clinic control. We evaluated that atypical clinical presentations, diagnostic and surgical approaches of less encountered rectal foreign bodies in the emergency department. This case report is also an example of rectal foreign bodies can be seen in older age.

Keywords: Rectal Foreign Body, Anal Autoeroticism, Old Age, Male Patient

¹Yrd.Doç.Dr., Zirve Üniversitesi, Emine-Bahaeddin Nakıboğlu Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Gaziantep

²Uz.Dr., Özel Balıkesir Sevgi Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Balıkesir

³Yrd.Doç.Dr., Sanko Üniversitesi, Genel Cerrahi AD., Gaziantep

⁴Yrd.Doç.Dr., Zirve Üniversitesi EBN Tıp Fakültesi, Anatomi AD., Gaziantep

⁵Uz.Dr., Gaziantep Medical Park Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Gaziantep

*Bu olgu, 5-9 Kasım 2008 tarihinde Antalya'da yapılan 4.Türkiye Acil Tıp Kongresi'nde (TATKON-EACEM 2008) Poster olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Klinik bir antite olarak acil serviste daha az karşılaşılan rektal yabancı cisim olgularının etyolojisi; tanı ve tedavi amaçlı olarak yapılan girişimlere, kendi kendine yapılan tedavilere, anal otoerotizme, kazaen rektuma yabancı cisim itilmesi, oral yabancı cisim alımı ve cinsel amaçlı saldırılara bağlı olabilir. Ağız yoluyla alınan ve rektuma takılan yabancı cisimler daha çok entelektüel düzeyi düşük, zihinsel özürü veya yaşlı kişilerde, hırsızlarda ve kaçakçılarda görülürken; anüsten itilen yabancı cisimler ise genellikle orta yaşlı hastalarda anal otoerotizm amacı taşımaktadır. Rektal yabancı cisimler, nadiren Munchausen By Proxy Sendromu'nun bir komponenti olarak rapor edilmiştir (1-4). Literatürde ergenlik dönemindeki erkek olgularda da otoerotik amaçlı rektal yabancı cisim olguları da bildirilmiştir (5).

Biz bu yazıda, rektal yabancı cisimlerin daha az rastlandığı ileri yaş grubundaki bir erkek hastanın tipik klinik özelliklerini güncel literatür ışığında incelemeye çalıştık.

OLGU SUNUMU

82 yaşında erkek hasta, hastanemizin acil servisine ano-rektal bölgesinde ağrı olması şikayetiyle başvurdu. Hastadan alınan anamnezde, birkaç gün önce anal bölgesinden kıl kurdu çıkartmak amacıyla zeytinyağı ile kayganlaştırılmış tahta havan elini anal bölgeye ittiği ve geri çıkaramadığı bilgisi alındı. 8 yıldan beri yalnız yaşayan hastadan, net olarak açıklayamadığı bir süreden beri kendi kendine tedavi yöntemi olarak bu eylemi tekrar ettiği bilgisi alındı. Özgeçmiş bilgilerinden yaşlılık dışında özellikle halen tedavi gördüğü bir hastalığı olmadığı bilgisi öğrenildi. Fizik muayenede hastanın vital bulguları normal (Bilinç açık ve kooperasyon tam, TA: 140/85 mmHg, Nabız: 65/dk.-ritmik, Solunum sayısı: 16/dk, düzenli, O₂ satürasyonu: %92) ve mental durumu yaşıyla uyumlu olarak bulundu. Karın alt kadranda hassasiyet saptandı. Suprapubik bölgede sert ve mobil bir kitle palpe edildi. Karında rebound ve defans bulgusu saptanmadı. Bağırsak peristaltizmi hafifçe artmış olarak bulundu (7-8/dk.).

Rektal muayenede artmış sfinkter tonusu ve mukozal ekimoz saptandı. Derin rektal tuşede parmak mesafesinde sert, düzgün yüzeyle, künt yapılı mobil bir kitle ele geliyordu. Ayakta direkt karın grafisinde rektosigmoid bölgede flu bir görüntü veren oblik yerleşimli bir yabancı cisim imajı saptandı. Klinik ve radyolojik olarak bağırsak perforasyonu bulgusu saptanmadı (Resim 1). İleri yaş grubundaki erkek hastamızın laboratuvar incelemesinde, hemogramda hafif düzeyde bir beyaz küre yüksekliği (WBC: 14200 K/mikroL) dışında diğer hematolojik ve biyokimyasal parametreleri normal olarak bulundu. Hastanın Hepatit ve HIV markerleri de negatif olarak bulundu. Rektal yabancı cisim tanısı alan hastaya, ameliyathane koşullarında kısa süreli genel anestezi altında ve litotomi pozisyonunda bimanuel manipülasyonla rektumdaki yabancı cisim mobilize edilerek ekstrakte edildi. İşlem sonrasında çıkartılan yabancı cisim, yaklaşık 16x3x2.5 cm boyutlarında, hafif konik şekilli tahta bir havan eli idi (Resim 2 ve Resim 3). Girişimsel işlem sonrasında kontrol amaçlı yapılan rektosigmoidoskopide rektum mukozasında hafif derecede ülserasyon, ödem ve hiperemik görünüm saptandı; perforasyon ve kanama izlenmedi, sigmoid mukoza intakt olarak değerlendirildi. Genel cerrahi servisindeki klinik takipleri sırasında herhangi bir sorun yaşanmayan hasta, yatışının üçüncü gününde genel cerrahi ve psikiyatri poliklinik kontrolleri önerilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

Etiyolojisi ne olursa olsun oral ya da anal yolla rektuma ulaşan yabancı cisimler, bu bölgenin anatomik ve fizyolojik özelliklerine ve yabancı cismin fiziksel özelliklerine bağlı olarak değişik derecelerde ano-rektal yaralanmalara yol açarlar. Özellikle rektuma itilen uzun yabancı cisimlerin manüel olarak bilinçsizce çıkartılmaya çalışması, ano-rektal bölgenin daha çok travmatize olmasına neden olmaktadır. Bu hastalardaki çelişkili olayı gizleyici bir anamnez tipiktir. Cerrahide operatif ve non-operatif yöntemler, hastanın durumuna, rektal yabancı cismin

özelliklerine ve komplikasyon gelişip gelişmemesine bağlı olarak tercih edilir (6-8). İleri yaştaki erkek hastamızdaki anal yabancı cismin etiolojisi, hastanın anamnezine göre kendi kendine tedavi amaçlı bir uygulama gibi görünmektedir. Ancak hastanın yaşadığı bölgede böyle bir uygulamanın tedavi amaçlı olarak bilinen bir uygulama olmaması ve hastanın bu uygulamayı sürekli tekrarlaması, etiolojide anal otoerotizm amaçlı bir eylemi düşündürmektedir.

Güncel literatüre bakıldığında, rapor edilen anal otoerotizm amaçlı rektuma yabancı cisim itilmesi olgularının çoğunun erkek ve yaş aralığının 2-6. dekat arasında olduğu, 4.dekatta ise pik yaptığı dikkati çekmektedir (1-2). Olgumuzun erkek cinsiyeti, literatürde bildirilen çalışmalarla uyumludur. Olgumuzun yaşı ise literatürde bildirilen (2-6. dekat) yaş grubuna göre daha büyüktür (8. dekat). Yine literatürde kolorektal yaralanmalara neden olabilen çok çeşitli rektal yaralanma objeleri rapor edilmiştir. Bunlar arasında şemşiye sapı, taş, ampül, elektrikli küçük cihazlar, kemikler, dental protezler, çay bardağı, termometre, deney tüpleri, sprey kapakları, patlıcan, havuç gibi sebzeler, çeşitli şekil ve boylarda şişeler bildirilmiştir (3-5). Seksüel uyarıyı artırma amaçlı olarak ano-rektal bölgeye itilen yabancı cisimler trans-anal ve trans-rektal yaralanmaların yaygın bir nedenidir. Anal otoerotizm amaçlı olarak kullanılan keskin kenarlı ve sivri uçlu objeler, ano-rektal bölgede %35'in üzerinde bir yaralanma riski oluştururlar (6). Rektal yabancı cisim olgularındaki en belirgin yakınma, rektumda ve alt batin bölgesinde ağrı ve rahatsızlık hissidir. Olgular acil servise karın ağrısı, gaz-gaita çıkaramama, tenezm ve rektal kanama gibi yakınmalarla başvurabilirler. Olgumuzun geliş şikayetleri olan alt karın- rektal bölge ağrısı ve öyküde rektal yabancı cisim gizleme eğilimi, anal otoerotizm amaçlı rektal yabancı cisimler için tipiktir. Rektal yabancı cisim olgularında daha seyrek olarak akut üriner retansiyon görülebilir (3). Hastalar rektal yabancı cismin duyulmasından rahatsız oldukları için kendileri otoekstraksiyon yapmayı

deneyebilirler. Bu yetersiz girişimler sırasında rektum yaralanabilir veya rektumdaki yabancı cisim daha da yukarıya kaçabilir. Ayrıntılı bir anamnez alınması, rektal tuşenin de içinde olduğu tam bir karın muayenesi, direkt karın grafileri ve proktoskopi tanıda önemlidir (7,8). Fizik muayenede genito-üriner yaralanmalar açısından da değerlendirme yapılmalıdır. Olgumuzda anamnez ve fizik muayene sonrasında çekilen direkt karın grafisi, ano-rektal objenin dansitesini, konumunu ve erken dönemde bağırsak perforasyonunu saptamak açısından kısmen yararlı oldu. Bunun nedeni, olgumuzdaki rektal yabancı cismin tahta yapısında yani radyodens olmamasıdır. Hastaya girişim öncesinde yapılan rektosigmoidoskopi, ano-rektal yabancı cismin özelliği, konumu ve lokal etkileri için oldukça yararlı bilgiler sağladı. Operasyon planlanan hastalarda kontrastlı batin tomografisi çekilmesi, rektal yabancı cismin karın içi lokalizasyonunu ve atlanabilecek olası yaralanmaları preoperatif olarak değerlendirmede yararlıdır. Bizim olgumuzda ano-rektal yabancı cismin non-operatif bir girişimle ekstraksiyonu planlandığı ve perforasyon düşünülmeyeceği için abdominal tomografi çekilmemiştir.

Rektal yabancı cisimlerin ekstraksiyonunda, non-operatif ekstraksiyon yöntemleri olarak hastanın klinik durumuna göre genel veya lokal anestezi altında sigmoidoskopi, forseps, foley kateter veya binauel manipülasyon tekniği kullanılabilir. Ayrıca non-operatif bir tedavi yöntemi olan balonla pnömatik dilatasyon, daha az invaziv olması ve sedasyonun yeterli olması açısından tercih edilebilir. Non-operatif girişimsel ano-rektal yabancı cisim ekstraksiyonu sonrasında ano-rektal bölge yaralanması veya perforasyon olasılığına karşı hastalara mutlaka kontrol amaçlı rektosigmoidoskopi yapılmalıdır. Rektal yabancı cismin boyutları, şekli, bileşimi, pozisyonu ve komplike olup olmadığına göre hastaya laparotomi yapılabilir. Sigmoid kolon yerleşimli yabancı cisimlerin tedavisi genellikle cerrahidir (9,10). Olgumuzdaki rektal yabancı cisim rektumda herhangi bir yaralanmaya ve perforasyona neden olmadığı

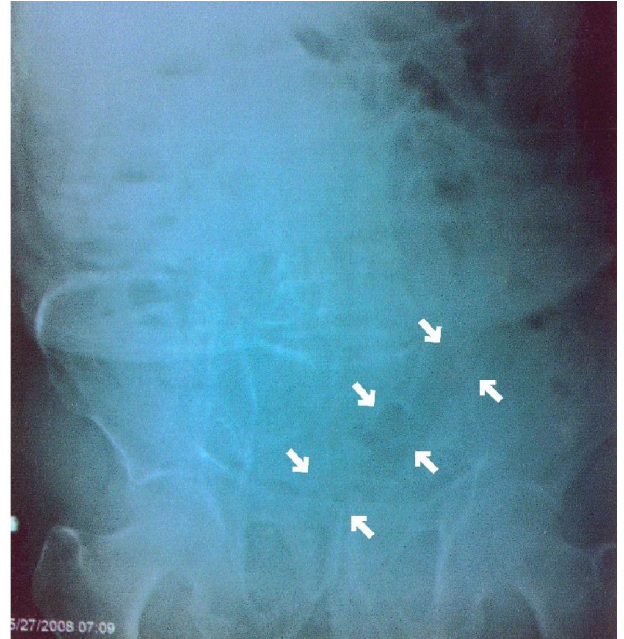
ve hasta çok yaşlı olduğu için cerrahi girişim yerine kısa süreli genel anestezi altında non-operatif lokal girişimle rektal yabancı cisim ekstraksiyonu yapılması tercih edildi. Ekstraksiyon sonrasında olgulara mutlaka geniş spektrumlu bir parenteral antibiyotik başlanmalı ve tetanoz profilaksisi yapılmalıdır. Ayrıca non-operatif işlemler sonrasında hastalara, olası komplikasyonlar açısından en az 24 saat süreyle genel cerrahi servis izlemi yapılmalıdır (7). Bu olgularda tedavi sonrasında psikiyatrik konsültasyon önerilmesi, rektal yabancı cisim etyolojisini aydınlatmak açısından uygun bir yaklaşım olur.

SONUÇ

Otoerotizm amaçlı rektuma yabancı cisim itilmesi, acil servislerde oldukça az rastlanılan bir klinik durumdur. Hastaların otoerotizmi gizlemek istemeleri, rektal yabancı cisimlerin anamnezi için tipiktir. Geliş şikayetleri alt batin-rektal bölge ağrısı ve konstipasyon gibi non-spesifik semptomlar olabilir. Fizik muayenede rektal tuşenin de içinde olduğu batin muayenesi yapılması tanı için önemlidir. Rektosigmoidoskopi tanı ve tedavi amaçlı olarak önemli bir yere sahiptir. Direkt karın grafileri, rektal yabancı cismin boyutlarının, yerleşiminin ve erken perforasyonun saptanmasında önemli olabilir. Kontrastlı batin tomografisi laparotomi gerektiren olgularda önemli bir tanı aracıdır. Rektal yabancı cisimlerin tedavisinde rektal yabancı cismin özelliklerine, lokasyonuna, komplike olup olmadığına ve hasta özelliklerine göre cerrahi ya da non-cerrahi yöntemler tercih edilebilir. Rektal yabancı cismin non-cerrahi tedavi ile ekstraksiyonu sonrasında hastalara en az 24 saatlik bir izlem ve sonrasında kontrol rektosigmoidoskopi yapılması, kanama ve perforasyon gibi olası komplikasyonları görmek açısından önemlidir. Psikiyatrik konsültasyon, rektal yabancı cisim olgularının davranışsal etyolojisi ve psikoterapisi açısından gerekli olabilir.

KAYNAKLAR

1. Aggarwal G, Satsangi B, Raikwar R, Shukla S, Mathur R. Unusual rectal foreign body presenting as intestinal obstruction: a case report. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2011;17(4) :374-376.
2. Albayrak D, Ibis AC, Hatipoglu AR, İrfanoğlu ME. Rectal Foreign Bodies: A Report of Three Cases. *Balkan Med J* 2007; 24(3):240-243.
3. Kıvrak M, Dokur M, Özçiftçi M, Aslan K. Akut Üriner Retansiyonun Nadir Bir Nedeni: Rektal yabancı Cisim. *Akademik Acil Tıp Derg* 2007; 6(1):35-36.
4. Khan SA, Davey CA, Khan SA, Trigwell PJ, Chintapatla S. Munchausen's syndrome presenting as rectal foreign body insertion: a case report. *Cases J* 2008; 16:1(1):243.
5. Okur M, Küçük A, Özkan A, Kaya M, Taşkın AK. Rectal Foreign-Body Retained by Self-Sexual Stimulation: A Case of a 12 Year-Old Boy. *JAEMCR* 2013; 4(1):7-9.
6. El-Ashaal YI, Al-Olama AK, Abu-Zidan FM. Trans-anal rectal injuries. *Singapore Med J* 2008; 49(1):54-56.
7. Rodríguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Ruiz B, Sirvent JM, Roig J, Farrés R. Management of foreign bodies in the rectum. *Colorectal Dis.* 2007; 9(6):543-548.
8. Smith MT, Wong RK. Foreign bodies. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2007; 17(2): 361-382.
9. Koornstra JJ, Weersma RK. Management of rectal foreign bodies: description of a new technique and clinical practice guidelines. *World J Gastroenterol* 2008;14(27): 4403-4406.
10. Lake JP, Essani R, Petrone P, Kaiser AM, Asensio J, Beart RW Jr. Management of retained colorectal foreign bodies: predictors of operative intervention. *Dis Colon Rectum* 2004; 47(10):1694-1698.



Resim 1. Rektal yabancı cismin direkt radyografideki non-opak görüntüsü (beyaz oklarla işaretlenmiştir).



Resim 2. Ekstrakte edilen rektal yabancı cisim (gaita bulaşmış tahta havan eli).



Resim 3. Ekstrakte edilen rektal yabancı cismin hafif konik görüntüsü (16.3*3*2.5 cm boyutlarında).