



GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ



CİLT : 3 / SAYI : 4

ISSN 2146 - 9954

2014

GÜMÜŞHANE UNIVERSITY JOURNAL OF HEALTH SCIENCES



ESKİ GÜMÜŞHANE

Uğur BULUT

SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Bağlarbaşı Mah. 29100 / GÜMÜŞHANE

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

sbd@gumushane.edu.tr

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

İÇİNDEKİLER

Yetişkinlerin Çocuklar İçin Oyuncak Seçimine Yönelik Davranışlarının İncelenmesi (Araştırma Makalesi) Bahire BOLIŞIK, Hatice BAL YILMAZ, Betül YAVUZ, Esra TURAL BÜYÜK	976
7-11 Yaş Arası Çocuklarda Enürezis Sıklığı Ve Risk Faktörleri (Araştırma Makalesi) Fadime ÜSTÜNER TOP, Dilek KÜÇÜK ALEMDAR	991
The Effect Of Uterine Massage During Early Postpartum Period On Uterus Involution And Amount Of Lochia Rubra (Araştırma Makalesi) Selda İLDAN ÇALIM, Oya KAVLAK	1005
Annelerin Öksürüğü Olan Çocuğa Yaklaşımları (Araştırma Makalesi) Esra TURAL BÜYÜK , Emine GÜDEK, Nurcan KALAYCI	1019
Klinik Hemşirelerinin Çalışma Saatlerinde İş Yüklerinin Ve Sürelerinin Tanımlanması (Araştırma Makalesi) S. Sırrı KILIÇ, İlnur AYDIN AVCI, Ahmet A. İSMAİLOĞLU, Sevgi YAZAR	1032
Geleceğin Sağlık Profesyonellerinin Öz-Etkililik- Yeterlik Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki Aynur ÇETİNKAYA, Dilek ÖZMEN, Çiçek FADİLOĞLU	1045
Primipar Kadınların Epizyotomi Bakımına İlişkin Uygulamaları (Araştırma Makalesi) Bahtişen KARTAL, Tuğba ÖZHAN, Makbule CIRIK	1056
Europep Aile Hekimliği Memnuniyeti Ölçeğine Göre Gümüşhane Aile Hekimliği Memnuniyet Araştırması (Araştırma Makalesi) Sedat BOSTAN, Kamil HAVVATOĞLU	1067
Sağlıkta Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Hastane Tercih Nedenlerinin İncelenmesi (Araştırma Makalesi) Yunus Emre ÖZTÜRK	1079
Menopoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi (Araştırma Makalesi) Özüm ERKİN, Melek ARDAHAN, Aslı KERT	1095
Yataklı Sağlık Kuruluşunda Görev Yapan Sağlık Personelinin Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Bilme Ve Kullanma Durumları (Araştırma Makalesi) Diğdem LAFÇI, Mağfired KARA KAŞIKÇI	1114
Mekanik Ventilasyonlu Hastada Ağrı Değerlendirmesi (Derleme) Yeşim YAMAN AKTAŞ, Neziha KARABULUT	1132
Ebelikte Roy Adaptasyon Modeli'nin Antenatal Değerlendirmede Kullanımı (Derleme) Ebru SERT , Yasemin ERKAL, Nazan TUNA ORAN	1147



Sahibi (Owner)

Prof. Dr. İhsan GÜNAYDIN

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

(Editorial Manager)

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

Editörler (Editors)

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

Dergi Sekreteryası

Yrd. Doç. Dr. Nesibe BURNAZ
Arş.Gör. Vildan CİRİK
Öğr.Gör.Vildan DEMİR
Öğr.Gör.Meltem DEMİR
Arş. Gör. Eyyüp YILDIZ
Arş. Gör. Ünal YAPRAK

Teknik Kurul

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

İletişim Adresi

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

Yayın Türü:

Yılda dört kez yayınlanan
hakemli, süreli yayın

Dergimize Makale
Göndermek İçin:

sbd@gumushane.edu.tr

EDİTÖRDEN...

Merhaba Değerli Bilim İnsanları,

İçinde bulunduğumuz bu günlerde iki bayramı bir arada kutlamanın mutluluğu içindeyiz. Hepinizin ve tüm bilim camiamızın Kurban Bayramı ve 29 Ekim Cumhuriyet Bayramı kutlu olsun. Hepimiz Cumhuriyetimizin 91. yılını kutlamanın mutluluğu içindeyiz.

Dergimizin bu sayısında 11 orijinal araştırma makalesi ve 2 derleme yer almaktadır. Birinci araştırma makalemiz Bahire BOLIŞIK ve arkadaşlarının "Yetişkinlerin Çocuklar İçin Oyuncak Seçimine Yönelik Davranışlarının İncelenmesi" adlı araştırma makalesidir. Bu makaleyi Fadime ÜSTÜNER TOP ve Dilek KÜÇÜK ALEMDAR'ın "7-11 Yaş Arası Çocuklarda Enürezis Sıklığı ve Risk Faktörleri" isimli araştırma makalesi takip etmektedir. Üçüncü makalemiz Selda İLDAN ÇALIM ve Oya KAVLAK'ın "The Effect of Uterine Massage During Early Postpartum Period on Uterus Involution and Amount of Lochia Rubra" adlı araştırma makalesidir. Bu makaleyi Esra TURAL BÜYÜK ve arkadaşlarının "Annelerin Öksürüğü Olan Çocuğa Yaklaşımları" isimli araştırma makalesi izlemektedir. Sonraki makalemiz S. Sırrı KILIÇ ve arkadaşlarının "Klinik Hemşirelerinin Çalışma Saatlerinde İş Yüklerinin ve Sürelerinin Tanımlanması" isimli araştırma makalesidir. Bu makaleyi Aynur ÇETİNKAYA ve arkadaşlarının "Geleceğin Sağlık Profesyonellerinin Öz-Etkililik-Yeterlik Düzeyleri ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki" isimli araştırma makalesi izlemektedir. Sonraki makalemiz Bahtışen KARTAL ve arkadaşlarının "Primipar Kadınların Epizyotomi Bakımına İlişkin Uygulamaları" isimli araştırma makalesidir. Bu makaleyi Sedat BOSTAN ve Kamil HAVVATOĞLU'nun "Europep Aile Hekimliği Memnuniyeti Ölçeğine Göre Gümüşhane Aile Hekimliği Memnuniyet Araştırması" isimli araştırma makalesi izlemektedir. Sonraki makalemiz Yunus Emre ÖZTÜRK'ün "Sağlıkta Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenlerinin İncelenmesi" isimli araştırma makalesidir. Bu makaleyi Özüm ERKİN'in "Menopoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli araştırma makalesi izlemektedir. Bu sayının son araştırma makalesi Diğdem LAFÇI ve Mağfiret KARA KAŞIKÇI'nın "Yataklı Sağlık Kuruluşunda Görev Yapan Sağlık Personelinin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları" adlı araştırma makalesidir.

İlk derlememiz Yeşim YAMAN AKTAŞ ve Neziha KARABULUT'un "Mekanik Ventilasyonlu Hastada Ağrı Değerlendirmesi" isimli derlemesidir. Bu derlemeyi Ebru SERT ve arkadaşlarının "Ebelikte Roy Adaptasyon Modeli'nin Antenatal Değerlendirmede Kullanımı" adlı derlemesi izlemektedir.

Dergimizin bir sonraki sayısında buluşmak üzere hepinize sağlıklı ve mutlu günler, hayırlı bayramlar dileriz. Günlerinizin hep bayram tadında geçmesi dileği ile...

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



DERGİMİZ HAKKINDA

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

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

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

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

Kitap Tanıtımı

YAZIM KURALLARI

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

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

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

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

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

MAKALE YAZIM KURALLARI

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

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

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

hakkındaki bilgileri içermelidir.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

11. Kaynaklar

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

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

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

Aşağıda kaynak gösterim örnekleri sunulmuştur:

Makale:

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

Kongre Bildirileri:

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

Kitap:

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

Tezler:

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



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

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

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

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

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

12. Etik

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

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

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

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



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU / SCIENTIFIC ADVISORY BOARD

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



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

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

Murat ERSEL Ege Üniversitesi
Murat KARKUCAK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Murat S. KESİM Karadeniz Teknik Üniversitesi
Murat TOPBAŞ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Musa ÖZATA Selçuk Üniversitesi
Musa KARAALP Gümüşhane Üniversitesi
Mustafa GÖKÇE Karadeniz Teknik Üniversitesi
Mustafa ÖNCEL Gümüşhane Üniversitesi
Nazan KARAHAN Karabük Üniversitesi
Nazlı HACIALİOĞLU Atatürk Üniversitesi
Nesibe Aslan BURNAZ Gümüşhane Üniversitesi
Nesrin ERCİYES Karadeniz Teknik Üniversitesi
Nesrin NURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Neşe KAKLIKAYA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Nezihe GÖKHAN Gümüşhane Üniversitesi
Nurcan ÇALIŞKAN Gazi Üniversitesi
Nurcan YABANCI Ankara Üniversitesi
Nurçin KÜÇÜK Gümüşhane Üniversitesi
Nuri GÜLEŞÇİ Gümüşhane Üniversitesi
Orhan DEĞER Karadeniz Teknik Üniversitesi
Orhan BAŞ Rize Üniversitesi
Osman AYNACI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Özgül KARAKURT Dokuz Eylül Üniversitesi
Ömer ŞENEL Gazi Üniversitesi
Özlem BİLİK Dokuz Eylül Üniversitesi
Özlem DURAN Cumhuriyet Üniversitesi
Özlem ŞAHİN ALTUN Atatürk Üniversitesi
Özgür Alparlan Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Pelin BAĞCI Rize Üniversitesi
Ramazan ERDEM Süleyman Demirel Üniversitesi
Rasin ÖZYAVUZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Recep BEDİR Rize Üniversitesi
Recep DEMİRHAN Kartal Eğitim Araştırma H.
Rece Meseri Ege Üniversitesi
Saime ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi
Sema YILMAZ Selçuk Üniversitesi
Sami KARAPOLAT Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sedat BOSTAN Gümüşhane Üniversitesi
Seher S. KARABUDAK Adnan Menderes Ü.



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

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

MENOPOZ DÖNEMİNİN KADINLARIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Özüm ERKİN¹, Melek ARDAHAN², Aslı KERT³

ÖZET

Araştırma, menopoz dönemindeki kadınların menopozda görülen fiziksel ve ruhsal belirtilerini, bu belirtilerin ne şiddette olduğunu belirlemek ve menopozun kadınların yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Menopoz Polikliniğinde yürütüldü (n=150). Veri toplamak için; amaca uygun geliştirilen sosyo-demografik veri formu, Kupperman indeksi ile WHOQOL BREF-27 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. Kadınların yaşam kalitesi puan ortalaması $81,76 \pm 10,77$ olarak bulundu. Araştırmaya katılan kadınların %48,7'si 51-56 yaş grubunda olup, %81,3'ü evlidir. Kadınların %51,3'ünün yorgunluktan, %30,7'sinin eklem ağrısından, %36,7'sinin cinsel ilişkide azalmadan, %40,0'mın sinirlilikten, %34,7'sinin cinsel isteksizlikten, %35,3'ünün uykusuzluktan yakındığı saptanmıştır. Kadınların menopozu tanımını bilme durumları, menopozda olma durumları, menopozu tanımlayabilmeleri, yaşam kalitesini bilme durumları, menopoz dönemine ait yakınmaları yaşam kalitesi puan ortalamalarını etkilemektedir ($p<0,05$). Kadınların menopozu bildiği, menopozun belirtileri ve yaşanan yakınmalarla iyi baş edemedikleri, yaşam kalitelerinin etkilendiği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, Yaşam kalitesi, Kadın

¹Arş.Gör. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

²Doç.Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

³Yüksek Hemşire, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

İletişim/Corresponding Author: Özüm ERKİN

Tel: 0232 311 5603, **e-posta:**ozum.erkın@gmail.com

Geliş Tarihi/Received : 02.03.2014

Kabul Tarihi/ Accepted:17.10.2014

EFFECT OF MENOPAUSE ON WOMEN'S QUALITY OF LIFE

ABSTRACT

The descriptive and cross sectional research was aimed to determine analyse the physical and psychological symptoms of menopause in women experiencing menopause, to determine the severity of these symptoms, to examine the effect of menopause on women's quality of life. The study was carried out in Ege University Medicine School Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Menopause Polyclinic (n=150). Socio-demographical data form which was developed in accordance wity the purpose of the research, Kupperman Index and WHOQOL BREF-27 Quality of Life Scale were used to collect the data. Average score of women's quality of life was found to be 81.76 ± 10.77 . Of the women who participated in the research, 48.7 % were in 51-56 age group and 81.3 % were married. It was found out that 51.3%, 30.7 %, 36.7 %, 40.0 %, 34.7 % and 35.3 % of the women complained about fatigue, joint pain, decrease in sexual intercourse, irritability, sexual aversion, insomnia, respectively. Women's knowledge of menopause, menopausal status, their ability to identify menopause, their knowledge on quality of life, their complains about menopause affected their average scores of quality of life ($p<0.05$). It was found out that women knew menopause, could not cope with symptoms of menopause and their complains well, and the quality of their lives was affected.

Key Words: Menopause, Quality of life, Woman

GİRİŞ

Kadın yaşamının dönemlerinden biri olan klimakterium Yunanca kritik periyot ve merdiven basamağı anlamına gelen "klimakter" kelimesinden türemiştir. Klimakterium kadının cinsel olgunluk çağından, üreme fonksiyonlarının son bulunduğu döneme geçiş yıllarıdır (1,2,3). Klimakterium döneminde çeşitli fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ortaya çıkar. Bunlardan en önemlisi “menopoz” (son mens kanaması)dur. Klimakterium ile menopoz kesinlikle birbirine karıştırılmamalıdır. Menopoz over fonksiyonlarının sona ermesi ile mensturasyonun kalıcı olarak kesilmesidir ve klimakterium dönemi içinde görülür (1, 3).

Menopoz döneminde vazomotor belirtilerden ruhsal belirtilere, cinsel işlev değişikliklerinden osteoporoza kadar farklı vücut sistemleriyle ilişkili belirtiler ortaya çıkabilir. Adet düzensizlikleri, vajinal kuruluk, flora değişiklikleri, uyku düzensizlikleri, baş ağrısı, baş dönmesi, nefes darlığı, kalp çarpıntıları, titreme, anksiyete gibi semptomlar da görülebilir. Menopozda görülen sistemik değişikliklerin en önemli nedeni östrojen eksikliğidir. Sıcak basmaları östrojen eksikliğinin en klasik semptomudur (4, 5, 6, 7). Arslan ve Altınsoy’ un (2004) 40-75 yaş grubundan 300 kadınla yaptığı çalışmada ise; kadınların %44,7’si cinsel ilginin azaldığı, %6,7’sinin cinsel ilişki sırasında ağrı duyduğunu, %2,0’ı ilişki sırasında kuruluk hissettiğini bildirmiştir (8). Bezircioğlu ve arkadaşlarının menopoz öncesi dönemde olan 214 kadınla ve menopoz sonrası dönemde olan 280 kadınla yaptığı çalışmaya göre; menopoz sonrası dönemde bulunanlarda depresif belirti düzeylerinin menopoz öncesi dönemde olan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu saptanmıştır (5). Ertem’in menopoz dönemindeki 300 kadınla yaptığı çalışmaya göre kadınların; %79,0’ında sıcak basması, %77,0’ında çarpıntı, %75,0’ında baş ağrısı, %82,0’ında bağırsak fonksiyonlarında değişiklik ve %72,0’ında çabuk sinirlenme gibi menopoz dönemine ait belirtilerden yakınma saptanmıştır (9).

Gelişmiş ülkelerde menopoz daha geç yaşlarda (Amerika’da 51, İtalya’da 48), gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha erken yaşlarda (Mısır’da 46, İran’da 44) görülmektedir (10). Ülkemizde TNSA (2008) verilerine göre, menopoz yaşı 49,0’dır (11). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2010 verilerine göre, ülkemizde kadının doğuştan beklenen yaşam süresi 78 yıl olup, bir kadın bu sürenin yaklaşık olarak 1/3’lük dilimini (26 yıl) postmenopozal dönemde geçirmektedir (12). Menopoz yaşı; ırk, sosyo-ekonomik durum, gebelik sayısı, oral kontraseptif kullanımı, eğitim, fiziksel özellikler, alkol tüketimi, menarş

yaşı veya son gebeliğin tarihinden etkilenmemektedir. Sadece sigara içiminin kesin biçimde folikül tükenmesini hızlandırdığı için erken menopoza neden olduğu saptanmıştır (3, 13).

Sağlığın ölçümünde kullanılan geleneksel göstergeler (hastalık, ölüm, beklenen yaşam umudu vb.) bireylerin sağlıklılık düzeyini tanımlamada yetersizdir. Bu nedenle günümüzde yaşam kalitesi ile konuya açıklık getirilmeye çalışılmaktadır. Yaşam kalitesi, kişisel sağlık durumundan öte, kişisel iyilik halini de içine alan daha geniş bir kavramdır. Mendola ve Pelligrini yaşam kalitesini “bireyin algıladığı bedensel kapasite sınırları içinde başardığı tatmin edici sosyal durum” olarak tanımlarken, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları” şeklinde tanımlamıştır (14). Klimakterik dönemdeki biyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler, kadının yaşam stilini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler (15). İnceboz ve arkadaşlarının (2010) Manisa bölgesinde klimakterik dönemdeki kadınlarla yürüttükleri çalışmada, kadınların eğitim durumunun, menopoza ilişkin bilgilerinin, ailedeki kararlara katılma ve ekonomik durumunun yaşam kalitelerini olumlu etkilediği, ancak evli olma ve yüksek vücut kitle indeksi skorunun kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (16). Özkan, Alataş ve Zencir’ in klimakterik dönemdeki 171 kadınla yaptığı çalışmaya göre; fiziksel yaşam kalitesi skoru, pre ve postmenopozal dönemde vazomotor şikayetleri olmayanlarda, eğitim seviyesi yüksek olanlarda ve menopoz süresi fazla olan kadınlarda anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (17).

Yaşam kalitesi, hemşirelik bakımının etkilerini değerlendirmede uygun sonuçlar verir. Yeni sağlık hizmeti felsefesine göre; hemşireler, bireyin yaşam kalitesini yükseltmede, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan holistik bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini değerlendirmelidirler. Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rolü oynayan kişilerdir. Bu nedenle hemşireler yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamalı ve hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesini geliştirici modeller kurmak için çabalamalı, var olanları benimsemelidir (18,19).

Araştırmanın amacı, kadınlarda menopoz döneminde görülen fiziksel, ruhsal belirtileri ve bu belirtilerin ne şiddette olduğunu belirlemek, menopozun kadınların yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemektir.

MATERYAL ve METOD

Tanımlayıcı ve kesitsel araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı menopoz polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 150 kadın ile yürütülmüştür. Kadınlar olasılıksız örneklem tekniği ile (gelişigüzel) seçilmiştir. Araştırma yapılmadan önce, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan ve EÜTF Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalından izin alınmıştır. Ayrıca, araştırmaya katılan kadınlara araştırmanın amacı açıklanarak sözel onamları alınmıştır.

Araştırma verileri sosyo-demografik veri formu (16 soru), Kupperman indeksi (19 soru) ve WHOQOL BREF yaşam kalitesi ölçeği (27 soru) kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Kupperman indeksi 40 yıldır, menopoz semptomlarının karakterize edilmesi ve ölçülmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır (20). WHOQOL BREF, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği kısa formudur.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde dağılımları ile birlikte tek yönlü varyans analizi, Tukey Honestly Significant Difference (HSD) testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %48,7'sinin 51-60 yaş arasında, %81,3'ünün evli, %38,0'ının ilkökul mezunu, %30,0'ının ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $52,6 \pm 5,65$ olarak bulunmuştur. Kadınların, %62,7'sinin ev hanımı olduğu, %16,7'sinin emekli olduğu, %79,3'ünün gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir.

Kadınların sağlığını %39,3'ünün iyi düzeyde, %42,0'mın orta düzeyde, % 17,3'ünün kötü düzeyde, % 1,4'ünün çok kötü düzeyde algıladıkları saptanmıştır.

Kadınların %89,3'ünün menopozun tanımını bildiği, %10,7'sinin menopozun tanımını bilmediği saptanmıştır. Kadınların %65,7'sinin menopozda olduğu, %34,3'ünün menopozda olmadığı belirlenmiştir. Kadınların % 10,7'sinin menopoz ile ilgili bilgi almadığı, % 48,0'ının bilgiyi sağlık personelinde, %34,0'ının medyadan, % 7,3'ünün kitaplardan almış olduğu saptanmıştır. Kadınların bilgi düzeyini %6,7'sinin çok iyi, % 39,3'ünün iyi, % 33,3'ünün orta, %8,7'sinin kötü, %12,0'ının çok kötü olarak algıladığı belirlenmiştir. Kadınların %62,0'ının menopozu adetten kesilmek, %12,7'sinin menopozu hormonal dengenin bozulması,

%2,6'sının menopoza sinirlilik ve sıkıntı olarak tanımlarken, %18,0'ının ise menopozun tanımını yapmadığı saptanmıştır.

Kadınların menopozal belirtilerden yakınma düzeylerine göre dağılımları Tablo1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Kadınların Menopozal Belirtilerden Yakınma Düzeylerine Göre Dağılımı

Yakınma	Yok		Hafif		Orta		Şiddetli		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sıcak Basması	47	31,3	28	18,7	43	28,7	32	21,3	150	100
Baş Ağrısı	60	40,0	42	28,0	37	24,6	11	7,4	150	100
Depresyon	82	54,7	42	28,0	20	13,3	6	4,0	150	100
Endişe Hali	71	47,3	37	24,7	33	22,0	9	6,0	150	100
Yorgunluk	12	8,0	26	17,3	77	51,3	35	23,4	150	100
Eklem Ağrısı	29	19,3	44	29,3	46	30,7	31	20,7	150	100
Yüzde Yeni Tüylene	111	74,0	30	20,0	3	2,0	6	4,0	150	100
Cinsel İlişkide Azalma	33	22,0	31	20,7	55	36,7	31	20,6	150	100
Kuru Vajina	43	28,7	34	22,7	47	31,3	26	17,3	150	100
Hafif Baş Ağrısı	71	47,3	59	39,3	15	10,0	5	3,3	150	100
Sinirlilik	16	10,7	39	26,0	60	40,0	35	23,3	150	100
Sevilmeme Hissi	86	57,3	44	29,3	20	13,3	0	0,0	150	100
Uykusuzluk	17	11,4	26	17,3	54	36,0	53	35,3	150	100
Sırt Ağrısı	51	34,0	43	28,7	35	23,3	21	14,0	150	100
Karın Ağrısı	103	68,7	32	21,3	13	8,7	2	1,3	150	100
Kas Ağrısı	56	37,3	40	26,7	25	16,7	29	19,3	150	100
Olağandışı Deri Kuruluğu	91	60,7	39	26,0	17	11,3	3	2,0	150	100
Cinsel İsteksizlik	37	24,7	32	21,3	52	34,7	29	19,3	150	100
Cinsel İlişki Sırasında Ağrı	60	40,0	29	19,4	41	27,3	20	13,3	150	100

Kadınların %56,7'sinin yaşam kalitesi kavramını bildiği, %42,6'sının bilmediği saptanmıştır. Yaşam kalitesi hakkında bilgi kaynaklarına bakıldığında; %43,4'ünün bilgi almadığı, %31,3'ünün bilgiyi medyadan, %10,7'sinin sağlık personelinden, %9,3'ünün kitaplardan, %5,3'ünün internetten aldığı saptanmıştır. Kadınların yaşam kalitesini algılama durumlarına bakıldığında; %22,0'ının iyi, %50,6'sının orta, %24,0'ının kötü, %2,7'sinin çok kötü olarak algıladığı belirlenmiştir.

Kadınların yaşam kalitesi puan ortalaması $81,76 \pm 10,77$ olarak bulunmuştur. En küçük değer 57, en büyük değer 103'tür. Kadınların yaşam kalitesi puan ortalamaları oldukça yüksektir. Yapılan çalışmada WHOQOL BREF yaşam kalitesi ölçeğinin cronbach alfa değeri 0.83 bulunmuştur.

Kadınların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1,715$, $p > 0,05$). Kadınların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=5,003$, $p < 0,05$). Yapılan ileri analizde bu farkın evli olanlardan kaynaklandığı saptanmıştır ($p < 0,05$). Kadınların eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=9,223$, $p < 0,01$). Yapılan ileri analizde bu farkın lise mezunu olan kadınlardan kaynaklandığı saptanmıştır ($p < 0,01$). Mesleği memur olan kadınların, ev hanımı, işçi olan, serbest meslekte çalışan ve emekli olmuş kadınlara göre yaşam kalitesi puan ortalaması yüksektir. Araştırmaya katılan kadınların meslek durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=5,125$, $p < 0,01$). Yapılan ileri analizde bu farkın emekli olanlardan kaynaklandığı saptanmıştır ($p < 0,01$). Araştırmaya katılan kadınların gelir durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=13,354$, $p < 0,01$). Yapılan ileri analizde bu farkın geliri giderinden fazla olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p < 0,01$) (Tablo 2).

Sağlıklarını iyi düzeyde algılayan kadınların yaşam kalitesi puan ortalaması sağlıklarını orta, kötü ve çok kötü olarak algılayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların sağlıklarını algılama durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=44,429$, $p < 0,01$). Bu farkın sağlıklarını iyi düzeyde algılayan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p < 0,01$) (Tablo 2).

Menopozun tanımını bilen kadınların yaşam kalitesi puanları bilmeyen kadınlardan daha yüksektir. Araştırmaya katılan kadınların menopozun tanımını bilme durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=5,391$, $p < 0,05$). Bu

farkın menopozun tanımını bilen kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Araştırmaya katılan kadınların menopozda olma durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,457$, $p<0,05$). Bu farkın menopozda olmayan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 2).

Araştırmaya katılan kadınların bilgi kaynağına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=4,216$, $p<0,05$). Yapılan ileri analizde bu farkın bilgi kaynağı sağlık personeli olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Menopoz tanımını adetten kesilmek olarak yapan kadınların yaşam kalitesi puanları menopoz tanımını ruhsal sıkıntı, en büyük sıkıntı, hormonal dengenin bozulması, sinirlilik ve sıkıntı olarak tanımlayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların menopoz tanımlama durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,631$, $p<0,01$). Bu farkın menopozun tanımını adet kesilmesi olarak yapan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$).

Yaşam kalitesi kavramını bilen kadınların yaşam kalitesi puanları yaşam kalitesi kavramını bilmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların yaşam kalitesini bilme durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=18,119$, $p<0,01$). Bu farkın yaşam kalitesi kavramını bilen kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$). Yaşam kalitesi kavramını ile ilgili bilgi kaynağı internet olan kadınların yaşam kalitesi puanları bilgi kaynağı medya, kitaplar, sağlık personeli olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların yaşam kalitesi bilgi kaynağına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=12,217$, $p<0,01$). Yapılan ileri analizde bu farkın yaşam kalitesi hakkında bilgi almayan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$). Yaşam kalitesini çok iyi olarak algılayan kadınların yaşam kalitesi puan ortalamaları yaşam kalitesini iyi, orta, kötü ve çok kötü olarak algılayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların yaşam kalitesini algılama durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=30,773$, $p<0,01$). Yapılan ileri analizde, bu farkın yaşam kalitesini çok iyi olarak algılayan kadınlardan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 2).

Kadınların menopozal belirtilerden yakınma durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılmasının dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların depresyondan yakınma düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=5,383$, $p<0,05$). Bu farkın depresyondan yakınma düzeyi

şiddetli olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Kadınların endişe halinden yakınma düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,657$, $p<0,05$). Bu farkın endişe halinden yakınma düzeyi şiddetli olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Araştırmaya katılan kadınların yorgunluktan yakınma düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=16,553$, $p<0,01$). Yapılan ileri analizde bu farkın yorgunluktan yakınma düzeyi şiddetli olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$). Kadınların eklem ağrısından yakınma düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=6,842$, $p<0,01$). Bu farkın eklem ağrısından yakınma düzeyi orta olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$). Araştırmaya katılan kadınların cinsel ilişkide azalmadan yakınma düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=10,710$, $p<0,01$). Bu farkın cinsel ilişkide azalmadan yakınma düzeyi şiddetli olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$) (Tablo 2).

Kadınların kuru vajinadan yakınma düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=8,774$, $p<0,01$). Bu farkın kuru vajinadan yakınma düzeyi şiddetli olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$). Sevilme hissinden yakınması olmayan kadınların yaşam kalitesi puanları sevilme hissinden hafif ve orta düzeyde yakınan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların sevilme hissinden yakınma düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=6,753$, $p<0,01$). Yapılan ileri analizde bu farkın sevilme hissinden yakınma düzeyi hafif olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$). Araştırmaya katılan kadınların uykusuzluktan yakınma düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,302$, $p<0,05$). Bu farkın uykusuzluktan yakınma düzeyi şiddetli olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Sırt ağrısından yakınması olmayan kadınların yaşam kalitesi puanları sırt ağrısından orta düzeyde yakınan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların sırt ağrısından yakınma düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=9,268$, $p<0,01$). Bu farkın sırt ağrısından yakınma düzeyi şiddetli olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$) (Tablo 2).

Tablo 2. Kadınların Menopozal Belirtilerden Yakınma Durumları ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Dağılımı

Yakınma	Düzy	N	Yaşam Kalitesi Ölçeği		P
			Ortalama	F	
Sıcak Basması	Yok	47	81,3 ± 12,59	0.057	0.982
	Hafif	28	81,5 ± 11,34		
	Orta	43	82,1 ± 9,33		
	Şiddetli	32	82,1 ± 9,57		
Depresyon Baş Ağrısı	Yok	60	83,5 ± 9,31	2.117	0.101
	Hafif	42	82,1 ± 12,43		
	Orta	37	80,5 ± 10,90		
	Şiddetli	11	75,2 ± 9,11		
Endişe Hali	Yok	15	86,3 ± 7,19	5.383	0.002
	Hafif	48	85,0 ± 10,51		
	Orta	53	82,5 ± 10,86		
	Şiddetli	34	74,0 ± 8,46		
Yorgunluk	Yok	71	84,0 ± 10,44	3.657	0.014
	Hafif	37	82,0 ± 10,02		
	Orta	33	78,7 ± 10,43		
	Şiddetli	9	74,1 ± 12,92		
Eklem Ağrısı	Yok	12	90,4 ± 6,79	16.553	0.000
	Hafif	26	85,5 ± 9,74		
	Orta	77	83,3 ± 9,68		
	Şiddetli	35	72,6 ± 9,22		
Eklem Ağrısı	Yok	29	86,6 ± 8,08	6.842	0.000
	Hafif	44	84,7 ± 10,63		
	Orta	46	77,2 ± 9,72		
	Şiddetli	31	79,8 ± 11,84		

Yüzde Yeni Tüylene	Yok	111	82,8 ± 10,76	1.631	0.185
	Hafif	30	78,8 ± 11,18		
	Orta	3	74,3 ± 7,77		
	Şiddetli	6	80,7 ± 9,98		
Cinsel İlişkide azalma	Yok	33	88,0 ± 11,24	10.710	0.000
	Hafif	31	83,8 ± 7,92		
	Orta	55	81,0 ± 10,74		
	Şiddetli	31	74,4 ± 8,18		
Kuru Vajina	Yok	43	86,3 ± 10,79	8.774	0.000
	Hafif	34	80,5 ± 10,34		
	Orta	47	82,8 ± 10,16		
	Şiddetli	26	73,8 ± 10,68		
Hafif Baş Ağrısı	Yok	71	82,5 ± 9,49	2.515	0.061
	Hafif	59	82,3 ± 12,66		
	Orta	15	80,3 ± 7,00		
	Şiddetli	5	69,4 ± 6,02		
Sinirlilik	Yok	16	84,6 ± 15,20	1.084	0.358
	Hafif	39	81,4 ± 11,03		
	Orta	60	80,3 ± 10,67		
	Şiddetli	35	83,5 ± 7,86		
Sevilmeme Hissi	Yok	88	83,9 ± 9,97	6.753	0.002
	Hafif	44	77,0 ± 10,72		
	Orta	20	83,0 ± 11,33		
	Şiddetli	-	-		
Uykusuzluk	Yok	17	88,8 ± 8,67	3.302	0.022
	Hafif	26	82,2 ± 8,70		
	Orta	54	81,5 ± 11,45		
	Şiddetli	53	79,6 ± 10,86		

Sırt Ağrısı	Yok	51	86,3 ± 10,61	9.268	0.000
	Hafif	43	80,3 ± 9,01		
	Orta	35	82,2 ± 10,77		
	Şiddetli	21	73,0 ± 8,77		
Karın Ağrısı	Yok	103	83,0 ± 10,38	2.042	0.011
	Hafif	32	78,8 ± 12,58		
	Orta	13	80,8 ± 7,54		
	Şiddetli	2	71,0 ± 0,00		
Kas Ağrısı	Yok	56	84,3 ± 10,69	5.547	0.001
	Hafif	40	81,5 ± 8,54		
	Orta	25	84,2 ± 9,84		
	Şiddetli	29	75,2 ± 12,04		
Toplam		150	81,8 ± 10,77		

Karın ağrısından yakınması olmayan kadınların yaşam kalitesi puanları karın ağrısından hafif, orta ve şiddetli düzeyde yakınan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların karın ağrısından yakınma düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=2,042$, $p<0,05$). Araştırmaya katılan kadınların kas ağrısından yakınma düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=5,547$, $p<0,01$). Bu farkın kas ağrısından yakınma düzeyi şiddetli olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$) (Tablo 2).

Araştırmaya katılan kadınların cinsel isteksizlikten yakınma düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=14,327$, $p<0,01$). Bu farkın cinsel isteksizlikten yakınma düzeyi şiddetli olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$). Araştırmaya katılan kadınların cinsel ilişki sırasında ağrı yakınma düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=7,321$, $p<0,01$). Bu farkın cinsel ilişki sırasında ağrıdan yakınma düzeyi şiddetli olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$). Kadınların sıcak basması, baş ağrısı, yüzde yeni tüylenme, hafif baş ağrısı, sinirlilik, olağan dışı deri kuruluğu gibi belirtilerden yakınma düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 2).

TARTIŞMA

Kadınların menopozla ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde; kadınların menopozun tanımını bildiği, menopozla ilgili bilgiyi sağlık personelinen aldığı saptanmıştır. Araştırma kapsamına menopoz nedeniyle hastaneye başvuran kadınların alınmasına bağlı olarak, menopozun tanımını bilmesi ve bu tanıyı sağlık personelinen alması beklenen bir sonuçtur.

Kadınların yarısından çoğunun menopozu adet kesilmesi olarak tanımlarken, çok az bir kısmının menopozu sinirlilik, sıkıntı, terleme, yorulma ve kilo alma olarak tanımladığı saptanmıştır. Yapılan çalışmada, menopozun en belirgin belirtisi olan adet kesilmesinin, tanımda çoğunlukla kullanılması beklendiği bir sonuçtur.

Kadınların menopozal dönem belirtilerinden yakınma durumları ve düzeyleri incelendiğinde; kadınların daha çok uykusuzluk, yorgunluk, sinirlilik, sıcak basması, eklem ağrısı, cinsel ilişkide azalma gibi yakınmalarının olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Arslan ve Altınsoy' un 40-75 yaş grubundan 300 kadınla yaptığı çalışmada; kadınların %44,7'si cinsel ilginin azaldığı, %6,7'si cinsel ilişki sırasında ağrı duyduğunu, %2,0'ı ilişki sırasında kuruluk hissettiğini bildirmiştir (8). Yurdakul ve arkadaşlarının 83 kadınla yürüttükleri bir çalışmada; kadınların %55'inin menopozal dönemle ilgili sıkıntı yaşadığı, yaşanan sıkıntıların

%28,9'unun fiziksel, %26,5'inin fiziksel ve psikolojik olduğu saptanmıştır (21). Mishra ve Kuh yaptıkları araştırmada, menopoz durumu ile fiziksel sağlık ve psikosomatik durum arasında önemli bir ilişki olduğunu saptamıştır (22). Anderson ve Yoshizawa'nın yaptıkları çalışmada, somatik ve fiziksel semptomların menopoz durumunu negatif yönde etkilediği belirlenmiştir (23). Elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, kadınların menopozal dönemde benzer belirtilerden yakındıkları görülmektedir.

Kadınların yaşam kalitesi kavramını bilme durumları ve bilgiyi edinme durumlarına bakıldığında; yarısından çoğunun yaşam kalitesi kavramını bildiği, yarısına yakınının ise bilmediği saptanmıştır. Kadınların yaşam kalitesi hakkında bilgi kaynaklarına bakıldığında; çoğunun bilgi almadığı, bilgi alanların ise medyadan ve sağlık personelinin bu bilgiyi aldığı saptanmıştır. Bu durum, sağlık personelinin kadınlara yaşam kalitesi hakkında yeterince bilgi vermemesinden kaynaklanıyor olabilir. Kadınların yaşam kalitesini algılama durumlarına bakıldığında; yaşam kalitelerini orta düzeyde algıladıkları belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan 41-50 yaş grubundaki kadınların diğer yaş grubundaki kadınlara göre yaşam kalitesi puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınların yaşları ile yaşam kalitesi skorları arasında ise anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Benzer şekilde, Özkan ve arkadaşları (2004) tarafından premenopozal ve postmenopozal dönem kadınlarda yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada kadınların yaşları ile yaşam kalitesi skorları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$) (17).

Kadınların medeni durumları ve yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farkın evli olanlardan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Ailenin varlığının yaşam kalitesini etkilediği söylenebilir. Lise mezunu olan kadınların yaşam kalitesi puanları daha yüksektir. Özkan ve ark. tarafından yapılan çalışmada da, eğitim seviyesi yüksek olan kadınlarda yaşam kalitesi skoru anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($p<0,05$) (17). Benzer şekilde, Koundi ve arkadaşlarının yürüttükleri çalışmada, post menopozal dönemdeki kadınlardan evli ve eğitim düzeyi yüksek olanların yaşam kalitesi puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (24).

Mesleği memur olan kadınların, ev hanımı, işçi olan, serbest meslekte çalışan ve emekli olmuş kadınlara göre yaşam kalitesi puan ortalaması yüksektir. Eğitimin ve çalışmanın kadınların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Geliri giderinden fazla olan, büyükşehir/ metropolde yaşayan kadınların yaşam kalitesi puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Menopozun tanımını bilen kadınların yaşam kalitesi puanları bilmeyen kadınlardan daha yüksektir. Ayrıca, menopozda olmayan kadınların yaşam kalitesi puanları menopozda

olanlara göre daha yüksektir. Çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde, Laferrere ve arkadaşlarının, Anderson ve Yoshizawa'nın yürüttükleri çalışmada da, menopozun yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır (23, 25). Menopoz konusunda bilgi sahibi olmak yaşam kalitesini yükseltmektedir. Menopozla ilgili bilgisini sağlık personelinde alan kadınların yaşam kalitesi puanları bilgi kaynağı medya, kitaplar olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Menopozla ilgili bilgisini çok iyi bulan kadınların yaşam kalitesi puanları menopozla ilgili bilgisini iyi, orta, kötü ve çok kötü bulan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Menopoza girme süresi 6 ay-1 yıl olan kadınların yaşam kalitesi puanları menopoza girme süresi farklı olan diğer kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Cheng ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları araştırmada, yaş, eğitim, menopoz durumu ve vazomotor semptomların yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği belirlenmiştir (26).

Araştırmaya katılan kadınların yaşam kalitesi puan ortalamaları ile yaşam kalitesi kavramını bilme durumu karşılaştırıldığında; yaşam kalitesi bilgi kaynağına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$). Bu farkın yaşam kalitesi hakkında bilgi almayan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$). Bu sonuç, sağlık personeline önemli görevler düştüğünü, halkı menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi konusunda bilinçlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Yaşam kalitesi ile ilgili bilgi düzeyini çok iyi bulanların yaşam kalitesi puanları bilgi düzeyini iyi, orta, kötü, çok kötü bulanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Menopoz dönemindeki kadınlarda sistemik değişiklikler meydana gelmektedir (3, 13, 27, 28). Bu değişikliklere bağlı olarak çeşitli semptomlar ortaya çıkmaktadır (7, 27, 28, 29). Sıcak basması, sinirlilik, yorgunluk, baş ağrısı, depresyon, cinsel ilişkide azalma gibi yakınmalar görülmektedir (2, 9, 31, 32). Bu yakınmalar yapılan çalışmanın sonuçlarının da gösterdiği gibi yaşam kalitesini etkilemektedir. Önemli olan bu yakınmaların, yaşam kalitesine olumsuz etkilerini en aza indirmektir. Strickler ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, menstrual ve vazomotor semptomlar ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (33). Freedman yaptığı çalışmada, menopoz döneminde meydana gelen bazı yakınmaların sıcak basması, uyku bozuklukları ve seksüel disfonksiyonun yaşam kalitesini etkilediğini saptamıştır (34). Scheid ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, postmenopozal dönemde olan hormon replasman tedavisi gören kadınlarda osteoporoz, meme kanseri ve rahim kanseri görülme riskinin düştüğü ve yaşam kalitesinin bu durumdan etkilendiğini saptamıştır (35). Friedman ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, menopozda görülen vazomotor, fiziksel, seksüel ve psikososyal semptomların yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir (6). Brazier ve arkadaşlarının yürüttükleri çalışmada

menopoz döneminde ortaya çıkan bazı yakınmaların (kanama, vajinal kuruluk, anksiyete, kas ve eklem ağrılarının) yaşam kalitesini etkilediği, ancak sıcak basmasının yaşam kalitesini etkilemediği belirlenmiştir (36). Heller ve arkadaşları yürüttükleri araştırmada, mental sağlığı iyi olmayanlarda, ağrısı olanlarda yaşam kalitesinin etkilendiğini bulmuştur (37).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan kadınların çoğu 51-60 yaş grubunda, evli, ilkokul mezunu ve ev hanımıdır. Kadınlar menopozun tanımını bilmekte ve menopozu adetten kesilmek olarak tanımlamaktadırlar. Menopozla ilgili bilgiyi sağlık personelinde almışlardır. Kadınların daha çok uykusuzluk, yorgunluk, sinirlilik, sıcak basması, eklem ağrısı, cinsel ilişkide azalma gibi yakınmaları vardır. Kadınlar yaşam kalitesini kavramını bilmektedir, yaşam kalitesi ile ilgili bilgiyi medyadan almıştır. Kadınların medeni durumu, eğitim durumu, meslekleri, gelir durumu, en uzun süre yaşadıkları yer yaşam kalitesi puan ortalamalarını etkilemektedir. Aynı zamanda menopozun tanımını bilme durumları, menopozda olma durumları, menopozu tanımlayabilmeleri, menopozla ilgili bilgi kaynakları, yaşam kalitesini bilme durumları, yaşam kalitesi ile ilgili bilgi kaynakları, menopoz dönemine ait yakınmalarının da yaşam kalitesi puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır.

Tüm bu bulgular göz önüne alındığında, kadın yaşamında önemli değişikliklere neden olan menopoz döneminde kadının yaşam kalitesini arttırmak için; kadınlara menopozun bir hastalık değil yaşanması gereken bir dönem olduğu anlatılmalı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen yanlış anlaşılmalara açıklanmalıdır. Hemşireler duygusal ve fiziksel yakınmaları azaltmada daha yapıcı bir rol oynamalıdır. Sadece kadınları değil, tüm toplumu menopoz ve kadın yaşamına etkisi konusunda eğitmeli, kitle iletişim araçlarının bu konuda duyarlı olmaları sağlanmalıdır. Sağlık personeli, özellikle hemşireler menopoz dönemi ile ilgili bilgi sahibi olmalı, kadınların menopoz döneminin özelliklerine ve tedavi yöntemlerine ilişkin eğitimlerine önem vermelidirler. Menopozdaki kadında bireysel bakım önemlidir bu nedenle menopoz klinikleri çoğaltılmalı, bu kliniklerde bakım veren hemşirelerin menopoz konusunda donanımlı olmalarına dikkat edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Aydoğdu N. Uzmanlık Tezi; "Postmenopozdaki Kadınlarda Düşük Dozlu Hormon Replasman Tedavisi ve Raloksifen'in Kan Biyokimyası ve Kupperman İndeksi Üzerine Etkileri". İstanbul: Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Tez Yöneticisi; Op.Dr.Yasemin Karageyim Karşıdağ, İstanbul-2005.

2. Aydoğmuş S, Balam Yavuz B. Geriatrik Yaş Grubunda Kadın Sağlığı: Yaşla Beraber Gelişen Jinekolojik Ve Fizyolojik Değişiklikler. Akad Geriatri 2011; 3:13-16.
3. Taşkın L. Kadın Hayatının Devreleri. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset; 2009. ss:451-464.
4. Başaran M. Menopoz ve Osteoporoz. Ankara: Anahtar Yayınevi, 2004. ss:529-541.
5. Bezircioğlu İ, Gülseren L. Menopoz Öncesi Ve Sonrası Dönemde Depresyon-Anksiyete Ve Yetiyitimi. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15:199-207.
6. Friedman SH, Sajatovic M, Schuermeyer IN, Safavi R, Hays R, West J, et al. Menopause-Related Quality Of Life In Chronically Mentally Ill Women. The International Journal of Psychiatry in Medicine 2005; 35: 259-271.
7. Kadayıfçı O. Klimakterium, Premenopoz, Menopoz, Postmenopoz, Senium, İkinci Bahar. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2006. ss:13-21.
8. Arslan H, Altınsoy N. Klimakterik Dönemde Vazomotor Bozukluklar Ve Cinsel İşlevleri İle İlgili Yakınmalarda Hemşirelik Danışmanlığının Etkisi. Androloji Bülteni 2004; 19: 21.
9. Ertem G. Kadınların Menopoz Sonrası Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010; 7: 469-483.
10. Amore M, Donato PD, Berti A, Palareti A, Chirico C, Papalini A, Zucchini S. Sexual And Psychological Symptoms In The Climacteric Years. Maturitas 2006; 56: 303-11.
11. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2008. ss:117.
12. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri, 2010. Web sayfası:
<http://nkg.tuik.gov.tr/> , Ocak, 2014.
13. Miller V. Postmenopozal Hormon Yerine Koyma Tedavisi: Doğanın Terk Ettiği Yerden Devam. Modern Medicine Dergisi 1994; 2:15-20.
14. Altıparmak S. Gebelerde Sosyo-Demografik Özellikler, Öz Bakım Gücü Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. TAF Prevetive Medicine Bulletin 2006; 5:416-423.
15. İnal M. Menopoz. Popüler Sağlık Dergisi 2006; 2: 24-26.
16. İnceboz Ü, Demirci H, Özbaşaran F, Çoban A, Nehir S. Factors Affecting The Quality Of Life İn Climacteric Women In Manisa Region. Trakya Univ Tıp Fak Derg 2010; 27(2):111-116.
17. Özkan S, Alataş E, Zencir M. Premenopozal ve Postmenopozal Dönem Kadınlarda Yaşam Kalitesi. I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitabı, İzmir, 2004. ss:38-43.

18. Tortumluoğlu G. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Temel Gereksinimlerini Gidermede Hemşirenin Rolü. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2004; 1:1-13.

19. Algier L, Doğan N. Romatolojik Sorunu Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi. Sağlık ve Toplum Dergisi 2005; 15 (4):36-42.

20. Çağlayan KE. "Hormon Replasman Tedavisinin Perimenopoz ve Postmenopozal Kadınlarda Psikolojik Semptomlara Etkisi". Uzmanlık Tezi. İstanbul: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Tez Yöneticisi; Op.Dr.Gültekin Köse, İstanbul-2004.

21. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağ. Bil. Dergisi 2007; 21: 187- 93.

22. Mishra G, Kuh D. Perceived Change In Quality Of Life During The Menopause. Soc Sci Med 2006; 62: 93-102.

23. Anderson DJ, Yoshizawa T. Cross-cultural Comparisons Of Health-Related Quality Of Life In Australian And Japanese Midlife Women: The Australian And Japanese Midlife Women's Health Study. Menopause 2007; 14: 697-707.

24. Koundi KL, Christodoulakos GE, Lambrinou IV, Zervas IM, Spyropoulou A, Fexi P, et al. Quality Of Life And Psychological Symptoms In Greek Postmenopausal Women: Association With Hormone Therapy. Gynecol Endocrinol 2006; 22: 660-668.

25. Laferrere B, Zhu S, Clarkson JR, Yoshioka MR, Krauskopf K, Thornton JC, et al. Race, Menopause, Health-Related Quality Of Life, And Psychological Well-Being In Obese Women. Obes Res. 2002;10:1270–1275.

26. Cheng MH, Lee SJ, Wang SJ, Wand PH, Fuh JL. Does Menopausal Transition Affect The Quality Of Life? A Longitudinal Study Of Middle-Aged Women In Kinmen. Menopause 2007; 14(5): 885- 890.

27. Karlıdere T, Özşahin A. Menopozda Semptom Örüntüsünün Anksiyete, Depresyon Düzeyleri Ve Sosyal Destek İle İlişkinin İncelenmesi. Klinik Psikiyatri 2008;11:159-166.

28. Önderoğlu LS, Bozdağ G. Menopoz ve Yaşlanan Kadın. http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/7.pdf, Erişim tarihi: Şubat 2014, ss.21-30.

29. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi. Menopoz. İstanbul: Sağlık Okulu Yayınları, 2007. ss:10-12.

30. Dormire S, Becker H. Menopause Health Decision Support For Women With Physical Disabilities. JOGNN 2007; 36: 97-104.

31. Hotun Şahin N, Coşkun A. The Menopausal Age, Related Factors And Climacteric, Complaints In Turkish Women. J.Revista Reference 2007; 4:91-99.

32. Tot Ş. Menopozun Psikiyatrik Yönleri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004; 5:114-119.
33. Strickler R, Stovall DW, Merritt D, Shen W, Wong M, Silfen SL. Raloxifene And Estrogen Effects On Quality Of Life In Healthy Postmenopausal Women: A Placebo-Controlled Randomized Trial. *Obstetrics & Gynecology* 2000; 96(3): 359-365.
34. Freedman MA. Quality Of Life And Menopause: The Role Of Estrogen. *J Women Health* 2002; 11: 703-718.
35. Scheid DC, Coleman MT, Hamm RM. Do Perceptions Of Risk And Quality Of Life Affect Use Of Hormone Replacement Therapy By Postmenopausal Women?. *The Journal of The American Board of Family Practice* 2003; 16: 270-277.
36. Brazier JE, Roberts J, Platts M, Zoellner YF. Estimating A Preference-Based Index For A Menopause Specific Health Quality Of Life Questionnaire. *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3:13.
37. Heller DA, Gold CH, Ahern FM, et al. Changes İn Elderly Women's Health-Related Quality Of Life Following Discontinuation Of Hormone Replacement Therapy. *BMC Womens Health* 2005; 5:7.

YATAKLI SAĞLIK KURULUŞUNDA GÖREV YAPAN SAĞLIK PERSONELİNİN TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİNİ BİLME VE KULLANMA DURUMLARI

Diğdem LAFÇI¹, Mağfiret KARA KAŞIKÇI²

ÖZET

Tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) kullanımı son yıllarda belirgin bir şekilde artış göstermektedir. Tamamlayıcı tıp modern tıba yardımcı olarak kullanılan tedavi yöntemlerini tanımlarken, alternatif tıp modern tıbbın yerini alan tedavi yöntemlerini içermektedir. Bu araştırmanın amacı; hemşire, ebe ve doktorların TAT yöntemlerine bakışlarını, bu yöntemler hakkındaki bilgilerini ve deneyimlerini araştırmaktır.

Bu araştırma, üniversitede çalışan doktor, hemşire ve ebeler ile yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Anket formu, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, TAT yöntemlerini kullanma durumları ve yöntemler hakkında bilgi düzeylerini ölçen sorular içermektedir. Veriler SPSS programına girilerek yüzdeler, ortalama ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Araştırma 84 sağlık çalışanı ile yapılmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %25,0'inin kullandığı en az bir TAT yöntemi bulunmaktadır. Sağlık personelinin kullandığı TAT yöntemlerine bakıldığında; ilk sıraları bitkisel tedavi (%85,4) ve masajın (%21,9) aldığı görülmektedir. Sağlık personelinin hakkında en fazla bilgisi olduğu yöntemler; akupunktur, bitkisel tedavi, diyet desteği ve masaj olarak bulunmuştur. Sağlık personelinin TAT yöntemleri hakkında bilgi edindiği kaynaklara baktığımızda; çevre, arkadaşlar, televizyon ve internet ilk sıraları almaktadır. Sonuç olarak hemşire/ebe ve doktorların TAT yöntemleri hakkında yeterli bilgilerinin olmadığı ve eğitim sürecine de TAT uygulamalarına da yer verilmesini istedikleri sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp, Hemşire, Ebe, Doktor.

*2. Temel Hemşirelik Bakım Kongresi "Uluslararası Katılımlı" Poster Bildiri 27-29 Eylül 2012 Zübeyde Hanım Kültür Merkezi Ataşehir/İstanbul

¹Arş. Gör. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep

²Prof.Dr.Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum

İletişim/Correspondence Author: Didem LAFÇI

Tel No: +90 (342) 3606060 e-mail: didemlafci@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 27.03.2013

Kabul tarihi/ Accepted: 12.09.2014

THE KNOWLEDGE LEVEL AND USING OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE THERAPIES OF THE HEALTH PERSONAL WHO WORKING AT HOSPITALS

ABSTRACT

There has been a marked increase in the use of complementary and alternative medicine (CAM) in recent years. While complementary medicine is used as an adjunct to defining treatment methods modern medicine, alternative medicine are included treatment methods that replace modern medicine. The purpose of this study to assess nurses, midwife and doctors' attitudes toward and practice of CAM methods and their knowledge level and experience.

The study was performed to nurses, midwife and doctors who were working university hospital, by giving answers to a questionnaire with a face-to-face interview method. The questionnaire included questions about the sociodemographic features and CAM usage features and their level of the knowledge about the CAM. The results were compared with the percentage, means and chi-square test using by SPSS. A total of 84 health personal including were evaluated in the study.

A 25.0% of respondents were detected to be using at least one of the CAM method. The most commonly used CAM methods were herbal products (85.4%), massage (21.9%). The health personals that included to this study had most knowledge of the CAM methods were acupuncture, herbal therapy, dietary supplementation and massage. The majority of information sources of respondents were peers, television and internet. The vast majority of the nurses and midwives indicated that they wanted CAM to be integrated into the nursing curriculum. As a conclusion nurses, midwives and doctors' knowledge level about CAM therapies was limited and they wanted CAM to be included their education programme.

Key words: Complementary And Alternative Medicine, Nurse, Midwife, Doctor.

GİRİŞ

Modern ve bilimsel tedaviler dışındaki tedavilerin birçoğu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) uygulamaları olarak ifade edilir (1, 2). *Tamamlayıcı tıp*; modern tıba yardımcı olarak kullanılan tedavi yöntemlerini tanımlar iken, *alternatif tıp*; modern tıbbın yerini alan tedavi yöntemlerini içermektedir (3). Alternatif tedavi yöntemleri; insanı ruh, akıl ve vücuttan oluşan bir bütün olarak kabul ederek insan sağlığı ve hastalıkları üzerinde geleneksel, filozofik ve folklorik tedavi uygulamalarını içerir (4).

Kronik hastalığı olan bireylerin gereksinimlerinin sağlanması ve sürdürülmesinde rol oynayan sağlık personelleri, bireylerle uzun süre bir arada oldukları için onlarla daha rahat iletişim kurabilmektedirler (5, 6). Sağlık personelleri, veri toplama aşamasında hastaların TAT yöntemlerini kullanma durumunu ve bu ürünlerin tüketimi sırasında gelişen etkilerini sorgulayarak danışmanlık hizmeti verebilmektedir. Sağlık personelleri, hastanın alışkanlıklarını daha rahat ifade etmesini sağlamak için; hasta ile açık ve etkili iletişim kurması, hastayı yargılamadan dinlemesi ve hastaya güven duyabileceği bir ortam yaratması gerekebilir. Toplanan veriler değerlendirildikten sonra hastanın sorunlarını gidermek için kullandığı her türlü yöntem dosyasına kaydedilerek bakımın sürekliliği sağlanabilir (5-7).

Günümüzde birçok hasta, hastalıklarının tedavisinde, yakınmalarının hafifletilmesi ve/veya giderilmesinde TAT yöntemlerini kullanmaktadır. TAT yöntemlerinin birçoğunun etkinliğine dair çok sınırlı kanıtlar olmasına rağmen tüm dünyada kullanımı giderek artmaktadır. TAT ile ilgilenen sağlık personellerinin de giderek artması, bu tedavi yöntemlerini kullanan hasta sayısındaki artışta önemli rol oynamaktadır (8).

TAT yöntemini kullanan hasta sayısı her geçen gün arttıkça, hasta ve yakınları bu yöntemler konusunda çeşitli yollarla bilgilendirilmektedir. Ancak eksik ve yanlış bilgilenebilirliğe bağlı bilinçsiz kullanım nedeniyle, tedavi programlarında aksamalar veya istenmeyen sonuçlarla karşılaşılabilir. Bu yöntemlerin klinik kullanımı ve modern tedavi yöntemleri ile birlikte kullanımında ortaya çıkabilecek yararlı ve zararlı etkilerinin sağlık personeli tarafından bilinmesi önemlidir. Bu çalışma yataklı sağlık kuruluşlarında çalışan doktor, hemşire ve ebelerin TAT yöntemlerini kullanma durumlarını, bu yöntemler hakkındaki görüşlerini ve bilgilerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma Temmuz-Eylül 2011 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık personelleri ile yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Gaziantep Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 230 hemşire/ebe, 150 doktor olmak üzere toplam 380 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Çalışma, gönüllü olarak anket formunu doldurmayı kabul eden 84 sağlık personeli ile tamamlanmıştır. Çalışmaya katılmak istemeyen (100), araştırmanın yapıldığı tarihlerde raporlu, senelik, doğum izninde olan (176) ve anketi tam olarak doldurmayan (104) sağlık personeli çalışma dışı bırakılmıştır. Sağlık personellerinin araştırmaya katılma yüzdesidir %22,11 (84/380).

Kişisel bilgi formu; bu form araştırmada yer alan sağlık personellerinin; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek grubu, çalıştığı bölüm, meslekteki çalışma yılı ve bölümdeki çalışma yılı gibi bazı sosyo-demografik bilgileri belirlemek amacıyla hazırlanmış 9 adet sorudan oluşmaktadır.

Alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin düşünceleri içeren anket formu; bu form sağlık personellerinin alternatif/tamamlayıcı tedavi hakkındaki görüşleri ve bilgi düzeyini ölçmek amacıyla hazırlanmış 13 sorudan oluşmaktadır.

Sayıtlılar

1. Araştırmaya katılan sağlık personellerinin, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarına verdikleri yanıtlar doğru sayılmıştır.

2. Sonuçlar bu küçük grup için genellendirilebilir.

Sınırlılıklar

1. Araştırma, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapan hemşire, ebe ve doktorlarla sınırlıdır.

2. Araştırma, alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin düşünceleri içeren anket formunun ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın yürütülebilmesi için; Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Bilimsel Etik Kurulundan ve kurumdan gerekli yazılı izinler alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan sağlık personellerine araştırma ile ilgili bilgi verilerek araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair sözel ve yazılı onamları alınmıştır.

Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin analizinde SPSS paket programından yararlanılmış, frekans dağılımı, ortalama ve karşılaştırma olarak sunulmuştur. Bazı değişkenlere göre (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek grupları ve yılı) TAT yöntemlerini kullanma durumları, mesleki eğitimde TAT eğitimi verilmesi konusundaki düşüncelerin ve hastaların kullandığı TAT yöntemlerini bilme durumlarının karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan sağlık personelinin; %83,4'ü kadın, %16,7'si erkek ve yaş ortalamasının 26,2±4,5 yıl olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %65,5'inin lisans eğitimini tamamladığı, meslekteki çalışma sürelerinin 4,8±4,2 yıl, birimdeki çalışma sürelerinin 2,5±2,0 yıl olduğu, %83,3'ünün hemşire olarak ve %44,0'ünün dahiliye biriminde görev yaptığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1: Sağlık Personellerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	X±SD	
Yaş Ortalaması	26,2±4,5 yıl	
	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	70	83,3
Erkek	14	16,7
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	16	19,0
Önlisans	8	9,5
Lisans	55	65,5
Yüksek Lisans-Doktora	5	6,0
Meslek		
Araştırma görevlisi	5	6,0
Hemşire	70	83,3
Ebe	9	10,7
Çalıştığı Bölüm		
Dahili	37	44,0
Cerrahi	34	40,5
Acil	7	8,3
Yoğun Bakım	2	2,4
Çocuk	4	4,8
Toplam	84	100,0
		X±SD
Doğduğu Yerdeki İkamet Süresi Ortalaması	15,2±7,8	
Meslek Yılı Ortalaması	4,8±4,2	
Halen Çalıştığı Bölümdeki Yıl Ortalaması	2,5±2,0	

Araştırmaya katılanların %34,5'i hastaların tıbbi tedavi dışında aldıkları tedavileri alternatif tedavi, %54,8'i tamamlayıcı tedavi ve %10,7'si ise her ikisi olarak adlandırmışlardır.

Sağlık personelinin %25,0'inin kullandığı en az bir TAT yöntemi bulunmaktadır. En fazla kullandıkları TAT yöntemleri sırası ile %56,3'ünün bitkisel tedavi, %43,7'sinin masaj olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların TAT yöntemini; tedavi amaçlı (%59,5), destek amaçlı (%47,6), korunma amaçlı (%46,5) ve rahatlama amaçlı (%29,8) kullandığı görülmüştür. Araştırmaya katılanların %4,8'i TAT yöntemlerine ilişkin kurs ya da eğitim almıştır.

Araştırmaya katılanların %81,2'si televizyon, %55,0'i internet, %52,6'sı bilimsel kitaplar, %43,1'i çevre ve %42,8'si gazetelerden TAT yöntemleri hakkında bilgi edinmiştir. Araştırmaya katılanların %75,0'nin TAT yöntemleri hakkında eğitim verilmesini istediği saptanmıştır (Tablo 2).

Araştırmaya katılanların %94,0'ü klinik veya polikliniklerde bakım verdikleri hastaların kendileriyle kaygılarını paylaştığını ifade etmiştir. Katılımcıların %20,2'sinin hastalardan öykü alırken herhangi bir TAT yöntemi kullanıp kullanmadıklarını hiçbir zaman sormadığı saptanmıştır. Hastaların en fazla kullandığı TAT yöntemlerinin sırası ile %15,5'inin bitkisel tedavi, %6,0'sinin dini yöntemler, %3,6'sının kaplıcalar, %3,6'sının masaj, %1,2'sinin akupunktur olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Sağlık personelinin %34,5'i aromaterapi, %79,8'si ayurveda, %64,3'ü homeopati, %50,0'si refleksoloji, %70,2'si reiki, %88,1'i ise aleksandır tekniğini hiç duymadıklarını, %53,6'sı müzik terapisini, %44,0'ü renklerle terapiyi sadece duyduklarını, %58,3'ü bitkisel tedaviyi, %50,0'si akupunkturu, %50,0'si diyet desteğini, %46,4'ü yogayı, %40,5'i masajı, %44,0'ü dini yöntemleri biraz bildiğini belirtmiştir (Tablo 3).

Tablo 2: Sağlık Personellerinin TAT İle İlgili Bazı Görüş, Davranışlarının ve TAT Konusunda Hastalarına Yaklaşımlarının Dağılımı

Alternatif/Tamamlayıcı Tedavi İle İlgili Bilgiler	Sayı	Yüzde
Tıbbi tedavi dışında alınan tedaviyi adlandırma (n=84)		
Alternatif tedavi	29	34,5
Tamamlayıcı tedavi	46	54,8
Her ikisi	9	10,7
Kendiniz ve aileniz için alternatif/ tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanma durumu (n=84)		
Kullanmadım	63	75,0
Kullandım	21	25,0
Alternatif/ tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanım amacınız**		
Tedavi amaçlı	50	59,5
Destek amaçlı	40	47,6
Korunma amaçlı	38	46,5
Rahatlama amaçlı	25	29,8
Alternatif/ tamamlayıcı tedaviyi kullanırken kendinizde/aile üyelerinizde herhangi bir yarar gözleme durumu (n=84)		
Gözlemedim	68	81,1
Gözledim	16	18,9
Yapılan Tedavi (n=16) *		
Masaj	7	43,7
Bitkisel Tedavi	9	56,3
Yararları (n=16)*		
Rahatlama	12	75,0
Ağrının giderilmesi	4	25,0
Alternatif/ tamamlayıcı tedaviyi kullanırken kendinizde/aile üyelerinizde herhangi bir komplikasyon görülme durumu (n=84)		
Gözlemedim	81	96,4
Gözledim	3	3,6
Eğitim süreniz boyunca alternatif/ tamamlayıcı tedavilerle ilgili eğitim/ kurs alma durumu (n=84)		
Almadım	80	95,2
Aldım	4	4,8
Sağlık personelinin TAT yöntemleri hakkında bilgi edindiği kaynaklar**		
Televizyon	68	81,2
Bilimsel kitaplar	46	55,0
İnternet	47	52,6
Çevre	36	43,1
Gazetelerden	36	42,8
Hastaların Genel Olarak Kaygılarını Paylaşma Durumları (n=84)		
Paylaşmayanlar	5	6,0
Paylaşanlar	79	94,0
Yaşadığı Kaygı Türü**		
Hastalık hakkında bilgi	57	67,9
Taburculuk eğitimi	7	8,3
Tedavi aşamaları	10	11,9
Ölüm	9	10,7
Hastalarınızın ne tür alternatif/tamamlayıcı tedavi yönteminden yararlandıklarını bilme durumu (n=84)		
Bilmiyorum	69	82,1
Biliyorum	15	17,9
Hastaların uyguladığı alternatif/ tamamlayıcı tedavi yöntemleri *		
Bitkisel tedavi	13	15,5
Kaplıcalar	3	3,6
Akupunktur	1	1,2
Masaj	3	3,6
Dini yöntemler	5	6,0

* Alternatif/ tamamlayıcı tedaviyi kullanırken kendinizde/aile üyelerinizde herhangi bir yarar gözleme durumuna "gözledim"

diyenler üzerinden hesaplanmıştır.

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 3: Sağlık Personellerinin TAT Yöntemlerini Bilme Durumlarının Dağılımı

TAT Yöntemleri	Hiç Duymadım	Sadece Duydum	Biraz Bilgim Var	Yeterli Bilgim Var	Yöntemi Her Yöntüyle Biliyorum
	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde
Akupunktur	2 2,4	27 32,1	42 50,0	12 14,3	1 1,2
Aromaterapi	29 34,5	32 38,1	19 22,6	3 3,6	1 1,2
Müzik terapisi	27 32,1	45 53,6	7 8,3	5 6,0	- -
Biyotedavi	26 31,0	23 27,4	29 34,5	4 4,8	2 2,4
Ayurveda	67 79,8	12 14,3	5 6,0	- -	- -
Dini yöntemler	3 3,6	16 19,0	37 44,0	23 27,4	5 6,0
Bitkisel tedaviler	1 1,2	7 8,3	49 58,3	21 25,0	6 7,1
Homeopatik	54 64,3	23 27,4	7 8,3	- -	- -
Hipnoterapi	16 19,0	41 48,8	21 25,0	3 3,6	3 3,6
Diyet desteği	- -	10 11,9	42 50,0	29 34,5	3 3,6
Refleksoloji	42 50,0	27 32,1	13 15,5	2 2,4	- -
Reiki	59 70,2	10 11,9	10 11,9	5 6,0	- -
Masaj	3 3,6	6 7,1	34 40,5	33 39,3	8 9,5
Meditasyon	11 13,1	25 29,8	36 42,9	8 9,5	4 4,8
Renklerle Terapi	28 33,3	37 44,0	13 15,5	5 6,0	1 1,2
Yoga	11 13,1	29 34,5	39 46,4	4 4,8	1 1,2
Aleksandar tekniği	74 88,1	8 9,5	1 1,2	1 1,2	- -

Sağlık personelinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek grupları ve yılına göre TAT yöntemlerini kullanma ve hastaların kullandığı TAT yöntemlerini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 4).

Tablo 4: Sağlık Personelinin Yaş, Cinsiyet Eğitim Durumu, Meslek Grupları ve Çalışma Yılına Göre TAT Yöntemlerini Kullanma ve Hastaların Kullandığı TAT Yöntemlerini Bilme Durumunun Karşılaştırılması

		Kullanan		Kullanmayan		Toplam		Önemlilik Testi
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Yaş	20-25	9	45,0	30	50,0	39	48,8	$\chi^2=0,858$ $p=0,651$
	26-30	10	50,0	24	40,0	34	42,5	
	31 ve üstü	1	5,0	6	10,0	7	8,8	
Cinsiyet	Kadın	18	85,7	52	82,5	70	83,3	$\chi^2=0,114$ $p=0,735$
	Erkek	3	14,3	11	17,5	14	16,7	
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	2	9,5	14	22,2	16	19,0	$\chi^2=1,891$ $p=0,595$
	Önlisans	2	9,5	6	9,5	8	9,5	
	Lisans	16	76,2	39	61,9	55	65,5	
	Yüksek Lisans-Doktora	1	4,8	4	6,3	5	6,0	
Meslek Grupları	Araştırma Görevlisi	1	4,8	4	6,3	5	6,0	$\chi^2=3,543$ $p=0,170$
	Hemşire	20	95,2	50	79,4	70	83,3	
	Ebe	-	-	9	14,3	9	10,7	
Meslek Yılı	0-1 yıl	7	33,3	12	19,0	19	22,6	$\chi^2=7,148$ $p=0,067$
	2-5 yıl	4	19,0	33	52,4	37	44,0	
	6- 10 yıl	7	33,3	12	19,0	19	22,6	
	11 ve üstü	3	14,3	6	9,5	9	10,7	
		Biliyor		Bilmiyor		Toplam		Önemlilik Testi
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Yaş	20-25	4	28,6	35	53,0	39	48,8	$\chi^2=2,868$ $p=0,238$
	26-30	8	57,1	26	39,4	34	42,5	
	31 ve üstü	2	14,3	5	7,6	7	8,8	
Cinsiyet	Kadın	12	80,0	58	84,1	70	83,3	$\chi^2=0,146$ $p=0,702$
	Erkek	3	20,0	11	15,9	14	16,7	
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	2	13,3	14	20,3	16	19,0	$\chi^2=0,657$ $p=0,883$
	Önlisans	1	6,7	7	10,1	8	9,5	
	Lisans	11	73,3	44	63,8	55	65,5	
	Yüksek Lisans-Doktora	1	6,7	4	5,8	5	6,0	
Meslek Grupları	Araştırma Görevlisi	1	6,7	4	5,8	5	6,0	$\chi^2=2,191$ $p=0,334$
	Hemşire	14	93,3	56	81,2	70	83,3	
	Ebe	-	-	9	13,0	9	10,7	
Meslek Yılı	0-1 yıl	4	26,7	15	21,7	19	22,6	$\chi^2=2,987$ $p=0,394$
	2-5 yıl	4	26,7	33	47,8	37	44,0	
	6- 10 yıl	4	26,7	15	21,7	19	22,6	
	11 ve üstü	3	20,0	6	8,7	9	10,7	

Sağlık personelinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek grupları ve yılına göre mesleki eğitimde TAT eğitimi verilmesi konusundaki düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 5).

Tablo 5: Sağlık Personelinin Yaş, Cinsiyet, Eğitim Durumu, Meslek Grupları ve Çalışma Yılına Göre Mesleki Eğitimde TAT Eğitimi Verilmesi Konusundaki Düşüncelerinin Karşılaştırılması

		Verilmeli		Bir Fikrim Yok		Verilmemeli		Toplam		Önemlilik Testi
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Yaş	20-25	27	44,3	9	64,3	3	60,0	39	48,8	$\chi^2=4,019$ $p=0,403$
	26-30	28	45,9	5	35,7	1	20,0	34	42,5	
	31 ve üstü	6	9,8	-	-	1	20,0	7	8,8	
Cinsiyet	Kadın	54	85,7	11	68,8	5	100,0	70	83,3	$\chi^2=3,707$ $p=0,157$
	Erkek	9	14,3	5	31,2	-	-	14	16,7	
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	11	17,5	5	31,3	-	-	16	19,0	$\chi^2=7,447$ $p=0,282$
	Önlisans	4	6,3	3	18,8	1	20,0	8	9,5	
	Lisans	43	68,3	8	50,0	4	80,0	55	65,5	
	Yüksek Lisans-Doktora	5	7,9	-	-	-	-	5	6,0	
Meslek Grupları	Araştırma Görevlisi	3	4,8	2	12,5	-	-	5	6,0	$\chi^2=2,845$ $p=0,584$
	Hemşire	52	82,5	13	81,3	5	100,0	70	83,3	
	Ebe	8	12,7	1	6,3	-	-	9	10,7	
Meslek Yılı	0-1 yıl	13	20,6	4	25,0	2	40,0	19	22,6	$\chi^2=8,495$ $p=0,204$
	2-5 yıl	28	44,4	8	50,0	1	20,0	37	44,0	
	6- 10 yıl	17	27,0	2	12,5	-	-	19	22,6	
	11 ve üstü	5	7,9	2	12,5	2	40,0	9	10,7	

TARTIŞMA

Araştırmamıza katılan sağlık personelinin %34,5'i hastaların tıbbi tedavi dışında aldıkları tedavileri alternatif tedavi, %54,8'i tamamlayıcı tedavi olarak adlandırmışlardır. Tamamlayıcı ve alternatif tıp kavramları birbiri ile karıştırılabilmektedir. Herhangi bir TAT yöntemi kullanan sağlık personelinin yöntemi kullanma amaçlarına baktığımızda; %59,5'nin tedavi, %47,6'sının destek, %46,5'nin korunma ve %29,8'nin rahatlama amaçlı kullandığı görülmüştür. Araştırma bulgularımızın yapılan bazı çalışmalarla paralel olduğu görülmüştür (9).

Araştırmamızda sağlık personelinin kullandığı TAT yöntemlerine baktığımızda ilk sıraları bitkisel tedavi (%56,3), masaj (%43,7) aldığı saptanmıştır. Hayes ve Alexander hemşireler arasında en sık kullanılan 3 yöntemin meditasyon (%37,6), masaj (%37,1) ve dua okuma (%32,6) olduğunu bildirmiştir (10). Yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin en sık kullandığı TAT yöntemlerinin ilk üçü diyet, egzersiz ve meditasyon/relaksasyon teknikleri olarak sıralanmıştır (11). Öztekin ve ark.'nın 640 hemşirelik yüksekokulu öğrencisi arasında yaptığı çalışmasında öğrencilerin yarısından fazlası müzik terapisini, masaj ve manipülasyon yöntemlerini kendileri için kullandıklarını bildirmişlerdir (12). Bu araştırmalar bizim araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Ni ve ark.'da Amerika'da en sık uygulanan TAT yöntemlerinin dua okuma ve bitkisel tedavi olduğunu bildirmişlerdir (13). Ernst ve White ise İngiltere'de en çok kullanılan TAT yönteminin bitkisel tedavi olduğunu bildirmişlerdir (14).

Orhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en sık kullanılan TAT yöntemleri olarak; %79,0 bildircin yumurtası, %31,0 bitkisel tedavi, %26,0 yabani bal olarak sıralanmıştır (15). Kurt ve arkadaşlarının çalışmasında; Türkiye'de alerjik hastalığı olan yetişkin bireylerin TAT kullanım sıklığı %38,0 olarak bulunmuştur ve en yaygın kullanılan alternatif tıp yönteminin bitkisel tedavi (%30,5) olduğu, astımlı bireylerin mevsimsel alerjik rinit ve kronik ürtiker olan bireylerden daha fazla oranda TAT kullandıkları bildirilmiştir (16). Araştırma sonuçlarımızda da hastaların ve sağlık personelinin kullandığı TAT yöntemleri arasında ilk sırayı bitkisel tedavilerin aldığını ve yapılan diğer çalışmalarla paralellik gösterdiğini görmekteyiz.

Araştırmamıza katılanların %75,0'i bedenen rahatlamak, %25,0'i ağrıyı gidermek için TAT yöntemlerini kullanmaktadır. Hayes ve Alexander hemşirelerin TAT yöntemlerini en sık; ağrı giderici, stres giderici ve genel sağlık amacı ile kullandıklarını bildirmiştir (10).

Katılımcıların; yarıdan fazlası ayurveda, homeopati, refleksoloji, reiki ve aleksandır tekniğini hiç duymadıklarını, yarıya yakını aromaterapi, müzik terapisi, hipnoterapi ve renklerle terapi tekniğini sadece duyduğunu, yaklaşık yarısı akupunktur, bitkisel tedavi, yoga, dini yöntemleri, diyet desteği ve masaj hakkında biraz bilgisi olduğunu ifade etmiştir. Brolinson ve ark. çalışmasında hemşirelerin %79,0'u bu yöntemler hakkındaki bilgilerinin zayıf olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmanın sonucunda çalışmaya katılan hemşirelerin yarısı hipnoterapi, akupressure, akupunktur ve tedavi edici dokunuş yönteminin güvenli olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir. Etkili olduğu düşünülen yöntemler arasında %51,0 oranı ile biyofeedback ve meditasyon/relaksasyon var iken, makrobiyotik diyetin etkili olduğu görüşü

%5 olarak çıkmıştır. Bu çalışma hemşirelerin büyük bölümünün TAT yöntemlerini kişisel olarak kullanmadığını göstermiştir. Hemşireler arasında en sık kullanılan ve tavsiye edilen üç yöntem olarak; vitamin desteği (%37,0), masaj (%30,0) ve meditasyon (%30,0) bildirilmiştir (17).

Hayes ve Alexander, hemşirelerin TAT yöntemleri hakkında %61,4 biraz, %18,3 oldukça ve %13,4 oranında da çok az bilgisi olduğunu bildirmiştir. Hemşirelerin biraz ya da oldukça bilgi sahibi oldukları TAT yöntemleri ise masaj (%82,7), meditasyon (%82,1), siropratik (%73,7) ve dua okuma (%73,2) olarak bildirilmiştir. Hemşirelerin %63,4'ü TAT yöntemlerinden bir ya da birkaçını kullandıkları yine aynı çalışmada bildirilmiştir (10).

Chan ve ark. hekimlerin TAT yöntemleri hakkında orta düzeyde bir bilgiye sahip olduklarını bildirmiştir. Bu çalışmada hekimlerin akupunktur, masaj, dua, hipnoz ve meditasyon yöntemleri hakkında orta düzeyde bir bilgiye sahip olduklarını ve zaman zaman hastalarına bu yöntemleri tavsiye ettiklerini bildirmiştir (18). Chez ve ark. ise tıp fakültesi öğrencilerinin masaj ve meditasyon yöntemleri hakkında daha çok bilgiye sahip olduklarını bildirmiştir (19).

Sağlık personellerinden TAT yöntemlerine ilişkin herhangi bir kurs ya da eğitim alanlar %4,8, almayanlar ise %95,2 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %81,2'si televizyon, %55,0'i internet, %52,6'sı bilimsel kitaplar, %43,1'i çevre ve %42,8'si gazetelerden TAT yöntemleri hakkında bilgi edinmiştir. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin sadece %25,0'inin kurs çalışmaları, büyük çoğunluğunun ise arkadaş, yazılı medya ve internet aracılığıyla TAT yöntemleri hakkındaki bilgi sahibi olduğu bildirilmektedir (20). Bu nedenle büyük çoğunluk bu yöntemler hakkındaki bilgilerini arkadaşlarından, yazılı ve görsel medyadan almakta ve buna bağlı olarak kullanılan ve tavsiye edilen yöntemlerin güvenliği ve etkinliği konusunda şüpheler olmaktadır. Uzun ve Tan'ın hemşirelik okulu öğrencileri arasında yaptığı çalışmanın sonucunda öğrencilerin TAT yöntemlerine olumlu yönde baktıkları ancak yöntemler hakkında sınırlı bilgileri olduğunu ve eğitim süreçlerine bu yöntemlerin eklenmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Öğrenciler TAT yöntemleri hakkındaki bilgileri yazılı ve görsel medyadan aldıklarını bildirmişlerdir (21). Araştırmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %75,0'inin TAT yöntemleri konusunda eğitim verilmesini istediği saptanmıştır. Son zamanlarda yapılan çalışmaların sonucunda TAT uygulamalarının hemşirelik eğitim sürecinde yer alması yönünde sonuçlar bildirilmektedir

(22-24). Uzun ve ark. hemşirelik okulu öğrencileri arasında yaptığı bir çalışmada öğrencilerin genel olarak TAT uygulamalarına olumlu baktığını ve %64,5'nin eğitim programlarına alınmasını istediklerini bildirmiştir (21). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin alternatif tıp ile ilgili bilgi ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmanın sonucunda öğrencilerin %65,9'u alternatif tıp yöntemlerinin seçmeli olarak okutulması gerektiğini düşünmekte ve tıp eğitiminde alternatif yöntemlere yer verilmesini istemektedir (25). Yurt dışında yapılan yayınlarda da benzer sonuçlar bildirilmektedir (26). Tedavi ve bakımın sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde sağlık personeli ile hastalar arasındaki ilişkilerde güven oluşturulması önemlidir.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %20,2'sinin hastalardan öykü alırken herhangi bir TAT yöntemi kullanıp kullanmadıklarını hiçbir zaman sormadığı görülmüştür. Yapılan çalışmalarda TAT yöntemlerine başvuran bireylerin büyük çoğunluğunun kullandıkları yöntemlerle ilgili hekimlerine bilgi vermedikleri bildirilmektedir (27). Colbath ve ark.'nın çalışmasında TAT kullanan hastaların %60,0'dan fazlasının bunu doktorlarıyla paylaşmadıklarını belirtmektedir (28).

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek grupları ve yılına göre TAT yöntemlerini kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemekle birlikte, kadınların erkeklerden ve hemşirelerin doktorlardan daha fazla TAT yöntemi kullandığı saptanmıştır ($p>0,05$). Sağlık personelleri arasında TAT yöntemlerini kullanma sıklığı en yüksek olan grup lisans eğitimi almış olanlardır. Bunları lise ve önlisans mezunları takip etmektedir. En düşük kullanım sıklığı ise doktora eğitimi alanlardadır ($p>0,05$). Yapılan birçok çalışmada ise TAT kullanımının birçok faktörden etkilendiği görülmüştür (29, 30). Yurtdışında yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yüksek olanlarda TAT kullanım oranının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (29,30). Bu yöntemlerin sıklıkla yoksul ve eğitimsiz bireylerce kullanıldığı inancının da yanlış olduğu ifade edilmektedir (31). Tas ve ark.'nın kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada ise TAT kullanımının eğitim düzeyi ile bir ilişkisi olmamakla birlikte, gelir düzeyi yüksek olanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (32).

Araştırmaya katılanların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek grupları ve yılına göre hastaların kullandığı TAT yöntemlerini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmediği ancak hastaların kullandığı TAT yöntemlerini hemşirelerin doktorlardan daha iyi bildiği görülmüştür ($p>0,05$, Tablo 4). Sağlık ekibinde yer alan hemşireler, kronik

hastalığı olan bireylerin bakımında önemli rol oynadıkları ve genellikle sağlık kurumlarında hemşirelerle uzun süre bir arada oldukları için onlarla daha rahat iletişim kurduklarından kaynaklandığını düşünebiliriz.

Sağlık personelinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek grupları ve yılına göre mesleki eğitimde TAT eğitimi verilmesi konusundaki düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, hemşire ve ebelerin doktorlardan daha fazla eğitim verilmesini istedikleri görülmüştür ($p>0,05$). Eğitim durumlarına göre sağlık personelinin görüşlerine baktığımızda lisans eğitimi almış olanlarda eğitim verilmesini isteme yüzdesi en yüksek bulunmuştur ($p>0,05$). Erkekler (%14,3) göre kadınların büyük çoğunluğu (%85,7) eğitim verilmesini istemektedir ($p>0,05$). Sağlık personeli arasında TAT uygulamalarına karşı olan tavrın yaş ile ilgili olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Hekimler arasında bayanlar ve daha genç olanlar olumlu bakar iken hemşireler arasında 40 yaş üzerinde olanların gençlere göre TAT yöntemlerine daha olumlu baktığı bildirilmiştir (33).

TAT yöntemleri toplumda yaygın olarak kullanılmakta ve kullanımı her geçen gün artmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanları giderek daha çok TAT yöntemi kullanan ve bu yöntemler hakkında sorular soran hastalar ile karşılaşmaktadır. Ayrıca TAT hakkında sınırlı ya da yanlış bilgisi olan hastaların bu yöntemlere yönelmesi, hatalı uygulamalara bağlı meydana gelen yan etkilerde artışa neden olmaktadır. Bu nedenle toplumu bilinçlendirmek adına hastaların TAT yöntemleri hakkında bilgi alabileceği sağlık personellerinin yöntemler hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Sağlık personellerinin TAT yöntemleri hakkında bilgi sahibi olamaması ve toplum eğitimine katkıda bulunamaması, hastaların her zaman doğru bilgi vermeyen diğer kaynaklara yönelmesine neden olabilmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmanın sonuçlarına göre sağlık personellerinin; %75,0'nin herhangi bir TAT yöntemi kullanmadığı, TAT yöntemlerini daha çok tedavi amaçlı kullandığı, %4,8'inin TAT yöntemleri hakkında eğitim/kurs aldığı, en çok kullandıkları TAT yönteminin bitkisel yöntemler olduğu, %75,0'inin mesleki eğitimde ya da sonrasında TAT yöntemlerine yönelik eğitim verilmesini istediği ve TAT yöntemlerini bilme durumlarının oldukça düşük olduğu saptanmıştır.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

1. Sağlık eğitiminde kullanmak üzere TAT yöntemleri hakkında bilimsel veri kaynaklarının oluşturulması,

2. Hemşirelik ve tıp eğitim sürecinde tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine yer verilmesi,
3. Hizmet içi eğitim programları yoluyla sağlık personelinin TAT uygulamaları konusunda danışmanlık yapabilecek düzeye getirilmesi,
4. Hemşirelik bakım sürecinde hastaların kullandıkları TAT yöntemlerinin de sorgulanması,
5. Doktorların hastalarından öykü alırken TAT yöntemlerini de sorgulaması
6. Tedavi sürecinde TAT yöntemlerini kullanmayı tercih eden hastaların sağlık personelinin ve modern tıptan beklentilerinin araştırılması,
7. TAT yöntemi kullanan bireylerin bu yöntemlerden etkilenme durumlarının araştırılması,
3. Sağlık personelinin TAT yöntemi kullanan hastaya yönelik tutumlarının araştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Khorshid L, Yapucu Ü: Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirenin Rolü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;8(2):124-130.
2. Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiye’de Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması. Uluslararası Hematoloji–Onkoloji Dergisi 2008;18 (1):32-38.
3. NIH Panel on Definition and Description. Defining and Describing Complementary and Alternative Medicine. Alternat Ther Health Med 1997;3:49– 57.
4. Ben-Arye E, Frenkel M, Klein A, Scharf M. Attitudes Toward Integration Of Complementary And Alternative Medicine In Primary Care: Perspectives Of Patients, Physicians And Complementary Practitioners. Patient Education and Counseling 2008; 70:395-402.
5. Altun R, Özden A. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp. Güncel Gastroenteroloji 2004;8(3):231- 235.
6. Sirois FM. Provider-Based Complementary and Alternative Medicine Use Among Three Chronic Illness Groups: Associations with Psychosocial Factors and Concurrent Use of Conventional Health-Care Services. Complementary Therapies in Medicine 2008;16:73-80.

7. Gray RE, Fitch M, Goel V, Franssen E, Labrecque M. Utilization of Complementary/Alternative Services by Women with Breast Cancer. *J Health Soc Policy* 2003;16:75- 84.
8. NIH National Center for Complementary and Alternative Medicine. <http://nccam.nih.gov/health/whatiscaam/> Erişim Tarihi:11.07.2011
9. Özkan A. Çocukluk Çağı Kanserlerinde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp. *Klinik Gelişim* 2007;20:179-180.
10. Hayes KM, Alexander IM. Alternative Therapies and Nurse Practitioners: Knowledge, Professional Experience, Personal Use. *Holistic Nursing Practice* 2000;14:49–58.
11. Tracy MF, Lindquist R, Savik K, et al. Use of Complementary and Alternative Therapies: A National Survey of Critical Care Nurses. *Am J Crit Care* 2005;14:404- 414.
12. Öztekin DS, Ucuzal M, Öztekin I, Issever H. Nursing Students' Willingness to Use Complementary and Alternative Therapies for Cancer Patients: Istanbul Survey. *Tohoku J Exp Med* 2007;211(1):49- 61.
13. Ni H, Simile C, Hardy AM. Utilization of Complementary and Alternative Medicine by United States Adults: Results From The 1999, National Health Interview Survey *Medical Care* 2002;40:353- 58.
14. Ernst E, White A. The BBC Survey of Complementary Medicine Use in the UK. *Complement Ther Med* 2000;8(1):32- 6.
15. Orhan F, Sekerel BE, Kocabas CN, Sackesen C, Adalioglu G, Tuncer A. Complementary and Alternative Medicine in Children with Asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003;90:611- 5.
16. Kurt E, Bavbek S, Pasaoglu G, Abadoglu O, Misirligil Z. Use of Alternative Medicine by Allergic Patients in Turkey. *Allergol Immunopathol* 2004;32:289-94.
17. Brolinson PG, Price JH, Ditmyer M, Reis D. Nurses' Perceptions of Complementary and Alternative Medical Therapies. *J Commun Health* 2001;26:175–89.
18. Chan PS, Wong MM. Physicians and Complementary-Alternative Medicine: Training, Attitudes, and Practices in Hawaii. *Hawaii Med J* 2004;63(6):176-81.
19. Chez RA, Jones WB, Crawford C. A Survey Of Medical Students' Opinions About Complementary and Alternative Medicine. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001; 185: 754– 7.

20. Damkier A, Elverdam B, Glasdam S, Bonde Jensen A, Rose C. Nurses' Attitudes to The Use of Alternative Medicine İn Cancer Patients. *Scand J Caring Sci* 1998; 12: 119– 26.

21. Uzun O, Tan M. Nursing Students' Opinions and Knowledge About Complementary and Alternative Medicine Therapies. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2004;10(4):239-44.

22. Lindeman CA. The Future of Nursing Education. *Journal of Nursing Education* 2000;39:5–12.

23. Baugniet J, Boon H, Ostbye T. Complementary/Alternative Medicine: Comparing The View of Medical Students with Students in Other Health Care Professions. *Family Medicine* 2000;2:178–84.

24. Fearon J. Complementary Therapies: Knowledge and Attitudes of Health Professionals. *Paediatr Nurs* 2003;15:31–5.

25. Gamsız T, Serin YT, Baydaş Z, Özbay H. Birinci Sınıf Tıp Öğrencilerinin Alternatif Tıpla İlgili Görüşleri. *Bildiriler, MASCO 16–17 Mayıs 2007, İstanbul.*

26. Hopper I, Cohen M. Complementary Therapies and The Medical Profession: A Study of Medical Students' Attitudes. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 1998;4:68–73.

27. Conroy RM, Siriwardena R, Smyth O, Fernandes F. The Relation of Health Anxiety and Attitudes to Doctors and Medicine to Use of Alternative And Complementary Treatments in General Practice Patients. *Psychology, Health& Medicine* 2000;5:203-212.

28. Colbath JD, Prawlucki PM. Holistic Nursing Care. *Nurs Clin N Am* 2001;16:111-117.

29. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in Alternative Medicine Use in The United States, 1990–1997: Results af A Follow-up National Survey. *JAMA* 1998;280:1569– 75.

30. Sirois FM. Provider-Based Complementary And Alternative Medicine Use Among Three Chronic İllness Groups: Associations With Psychosocial Factors And Concurrent Use of Conventional Health-Care Services. *Complementary Therapies in Medicine* 2008;16:73-80.

31. Guzetta CE, Kessler CA, Dossey BM, Moser DK. *Alternative/Complementary Therapies*. 4th Ed. 1998; St. Louis: Mosby Co: 175- 195.

32. Tas F, Karagöl F, Üstüner Z, Yazar A, Can G ve ark. Türkiye’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanan Kansere Hastalarının Prevalansı. 23- 27 Nisan XV. Ulusal Kansere Kongresi Program ve Bildiri Özet Kitabı. Antalya 2003.

33. Brown J, Cooperb E, Franktonb L, Steeves-Wall M, Gillis-Ring J, Bater W, McCabe A, Fernandez C. Complementary And Alternative Therapies: Survey of Knowledge And Attitudes Of Health Professionals at A Tertiary Pediatric/Women’s Care Facility. Complementary Therapies in Medicine 2007;13:194- 200.

MEKANİK VENTİLASYONLU HASTADA AĞRI DEĞERLENDİRMESİ

Yeşim YAMAN AKTAŞ¹ Nezih KARABULUT²

ÖZET

Yoğun bakım ünitelerinde bakım standartları geliştirilmesine karşın ağrı, mekanik ventilasyonlu hastalar için önemli bir stres kaynağı olmaya devam etmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde mekanik ventilasyonlu hastalarda çeşitli nedenlerle hafiften şiddetli düzeye kadar ağrı deneyimlenmektedir. Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir gösterge hastanın kendi ağrı ifadesi olmasına karşın, yoğun bakım ünitelerinde mekanik ventilasyon nedeniyle sözel iletişimde yetersizlik, bilinç düzeyinde değişiklik, invaziv monitorizasyon araçlarının varlığı ve sedasyon gibi nedenlerle hastalar ağrı düzeylerini tanımlamakta zorluk yaşayabilmektedir. Bu nedenle ağrı davranışlarını değerlendiren ölçekler mekanik ventilasyonlu hastalar için kullanılabilir.

Bu derleme, mekanik ventilasyonlu hastalarda ağrı değerlendirmesinin önemi, ağrıya neden olan faktörler, fizyolojik ve davranışsal ağrı belirtileri, ağrı değerlendirmesi ve ağrı değerlendirme ölçeklerine yer vermektedir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun Bakım Ünitesi, Mekanik Ventilasyon, Ağrı Değerlendirme, Hemşirelik

PAIN ASSESSMENT IN MECHANICALLY VENTILATED PATIENT

ABSTRACT

Pain continues to be a major source of stress for mechanically ventilated patients although the standards of care have developed in intensive care units. Mechanically ventilated patients in intensive care units experience pain from mild to severe for various reasons. Although the most reliable source of information for pain assessment is patients themselves, patients may have to express their pain because of inability to communicate verbally due to mechanical ventilation, inability of consciousness level, invasive monitoring instruments and sedation. Therefore mechanically ventilated patients can be used scales for evaluating behavioral responses to pain.

This review is about the importance of pain assessment, causes of pain, physiological and behavioral signs of pain, pain assessment and the scales which can be used for pain assessment in intensive care units.

Keywords: Intensive Care Unit, Mechanical Ventilation, Pain Assessment, Nursing

¹ Öğr. Gör. Dr. Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Giresun

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

İletişim/Corresponding author: Nezih KARABULUT

Tel: 0442 2312360 **e-posta:** nezihekarabulut@hotmail.com

Geliş Tarihi/ Received : 02.03.2014

Kabul Tarihi/ Accepted: 17.10.2014

GİRİŞ

Mekanik ventilasyon kritik hastalık bakımında kullanılan en önemli destek tedavilerinden biridir. Mekanik ventilasyon uygulaması, solunumu yetersiz ya da olmayan hastalarda, solunum işlevinin hastanın durumu düzelene kadar istenilen parametrelere göre cihazlarla yaptırılmasıdır. Bu cihazlara da mekanik ventilatör denir (1). Mekanik ventilasyonda amaç, akciğer gaz değişimini desteklemek ya da sağlamak, solunum güçlüğünü azaltmak, solunum kaslarını rahatlatmak, hayatı tehdit eden hipoksemiye ve asidozu düzeltmek, atelektaziye önlemek, sedasyon ve nöromusküler bloğa imkân tanımak ve miyokardın oksijen tüketimini azaltmaktır (1, 2).

Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda uygulanan invaziv ve noninvaziv girişimler, endotrakeal aspirasyon, pozisyon verme ve monitorizasyon gibi uygulamalar yoğun bakım hastalarında iyileşmeyi sağlamalarının yanı sıra hastalarda iletişim sorunları, uyku bozuklukları, izolasyon ve yalnızlık duygusu, anksiyete ve ağrı yaşanmasına neden olmaktadır (3, 4).

Ağrı, insanoglunun en eski ve en karmaşık sağlık sorunlarından biridir. Yoğun bakım ünitelerinde takip edilen ve mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda çeşitli nedenlerle hafiften şiddetli düzeye kadar ağrı yaşanmaktadır (1, 5, 6). Gélinas kalp cerrahisi sonrası hastaların ağrı yönetimini değerlendirdiği çalışmasında, hastaların %77,4'ünün ağrı deneyimlediğini saptamıştır (7). Kontrol altına alınmayan ağrı yoğun bakım hastaları için önemli bir fizyolojik ve psikolojik stresördür ve hastaların iyileşme süreçlerini olumsuz etkileyebilmektedir (6, 8). Ağrı değerlendirilmesi ve yönetimindeki yetersizlikler hasta bakımını etkilemekte, bu durum fizyolojik, nörolojik ve immünolojik yönden olumsuz hasta sonuçlarına, bakım maliyetinin artmasına ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (9). Aynı zamanda ağrının etkin olarak giderilememesi yoğun bakımda mekanik ventilasyon desteğindeki hastalarda uyku bozukluğu, yorgunluk, oryantasyon bozukluğu ve ajitasyon oluşturmaktadır. Bu durum hastada deliryum gelişmesine, yoğun bakımda kalış süresinin uzamasına, morbidite ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır (1, 10). Bu nedenle mekanik ventilasyonlu hastalarda ağrı değerlendirmesi ve ağrı yönetimi büyük önem taşımaktadır.

Bu derleme, mekanik ventilasyonlu hastalarda ağrı değerlendirmesinin önemi, ağrıya neden olan faktörler, fizyolojik ve davranışsal ağrı belirtileri, ağrı değerlendirilmesi ve ağrı değerlendirmesinde kullanılan ölçeklere yer vermektedir. Ağrı değerlendirilmesi ve yönetimine

yer veren bu makalenin mekanik ventilasyonlu hastanın bakımında yoğun bakım hemşirelerine rehber olabileceği düşünülmektedir.

I. Mekanik Ventilasyon Desteğindeki Hastalarda Ağrıya Neden Olan Faktörler

Yoğun bakım ünitelerinde hastalara tıbbi ve tedavi amaçlı yapılan girişimler ve uygulamalar ağrıya neden olmaktadır. Bu nedenle yoğun bakım ünitelerinde ağrı kaynaklarının varlığı diğer birimlere göre daha fazladır. Literatürde ağrı ve yoğun bakım ünitelerindeki rutin uygulamalar arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmalarda, mekanik ventilasyon desteğindeki hastalarda en çok ağrıya neden olan uygulamaların endotrakeal aspirasyon ve pozisyon değişikliği olduğu belirtilmektedir (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17). Esen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sedatize ve entübe edilen yoğun bakım hastalarının yaklaşık üçte birinin pozisyon verme ve aspirasyon gibi bakım uygulamaları sırasında ağrı hissettikleri saptanmıştır (18).

Bunların yanı sıra yoğun bakım ünitelerinde takip edilen mekanik ventilasyonlu hastada diğer ağrı kaynakları travma, önceden var olan hastalıklar, intravasküler girişimler, monitorizasyon veya tedavi girişimleri (kateterler, drenler, noninvaziv ventilasyon için kullanılan maskeler, endotrakeal tüp takılması ve çıkartılması, göğüs tüpü takılması ve çıkartılması), rutin hemşire bakımları (havayolu aspirasyonları, rehabilitasyon uygulamaları, yara bakımı, pansuman değişimleri, hastanın mobilizasyonu) ve uzun süreli immobilizasyondur (6, 15, 16, 17).

Yapılan çalışmalarda yoğun bakım hastalarının ağrılı ve ağrılı olmayan girişimler sırasında ağrı davranış puan ortalamaları arasında farklılıklar bulunduğu belirtilmiştir. Payen ve arkadaşları tarafından geliştirilen davranışsal ağrı ölçeğinin (DAÖ) kullanıldığı çalışmada (2001), ameliyat sonrası dönemdeki yoğun bakım hastalarının ağrı düzeyleri incelenmiştir (19). Çalışmada hastaların ağrılı uygulamalar ile ağrısız uygulamalar arasındaki DAÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ve ağrılı uygulamaların DAÖ puanlarını artırdığı saptanmıştır. Aynı ölçeğin kullanıldığı Young ve arkadaşları tarafından yapılan bir diğer çalışmada (2006), 44 yoğun bakım hastasının ortalama ağrı puanı pozisyon verilmesi ve göz bakımı öncesi ve sonrası DAÖ kullanılarak (0–12) karşılaştırılmış, pozisyon verilmeden önce ağrı puanı 3,36 iken verildikten sonra 5,02'ye yükseldiğini belirtmişlerdir (20). Ancak göz bakımı öncesi ve sonrası ortalama ağrı puanları arasında bir farklılık saptanmamıştır. Ülkemizde benzer ölçeğin torakotomi ve batın ameliyatı geçiren yoğun bakım hastalarında

ağrılı uygulamalar öncesi ve sırasında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (21). Bu çalışmada (2004) aspirasyon uygulaması sırasındaki DAÖ puan ortalamalarının ($X = 7,6 \pm 1,5$) uygulama öncesi puanlara ($X = 3,5 \pm 0,9$) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,018$) ve bu farkın aspirasyon sırasında alınan puanlardan kaynaklandığı saptanmıştır.

II. Mekanik Ventilasyon Desteğindeki Hastalarda Fizyolojik ve Davranışsal Ağrı Belirtileri

Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir gösterge hastanın kendi ifadesi olmasına karşın, yoğun bakımda mekanik ventilasyon desteğindeki hastalar ağrılarını tanımlamada güçlük yaşamaktadır. Bu nedenle sözel iletişim kurulamayan mekanik ventilasyonlu hastalarda akut ve kronik ağrının değerlendirilmesinde fizyolojik ve davranışsal belirtilerden yararlanılabilmektedir (22). Çünkü ağrı varlığında organizma fizyolojik ve davranışsal tepkiler vermektedir. Ayrıca ağrı algısı, hastanın geçmiş deneyimleri, emosyonel durumu ve bilişsel fonksiyonları gibi pek çok faktörden etkilenmektedir ve bu faktörlerde hastanın ağrıya verdiği tepkileri etkilemektedir. (22,23).

Ağrı sırasında incelenen fizyolojik parametreler hormonlar ve metabolitleri, endorfinler, kalp hızı, solunum sayısı ve kan basıncı gibi yaşam bulguları ve terlemeyi içerir (22, 24). Yoğun bakım hastaları ağrıya karşı davranışsal yanıt olarak konfüzyon, anksiyete, korku, öfke, zihinsel ve sözel işlevlerde değişimler, kızgınlık, uykusuzluk, unutkanlık, inleme, ağlama gibi “psikolojik tepkiler” ve yüz ve alın buruşturma, pupillalarda genişleme, gözleri sıkıca kapama, dişlerini sıkma, başını öne doğru eğme, kasılma, yumruk sıkma, kıvrınma, hasara uğrayan organ ya da bölgenin uyarandan uzağa çekilmesi, kol ve bacaklarda ekstansiyon ya da fleksiyon, tekmeleme veya hareketsiz kalma, etkilenen bölgeyi ovalama gibi “motor tepkiler” verir (6, 22, 23).

Ağrıya karşı verilen tepkiler her ne kadar bireysel olsa da ağrısını bildirmede güçlük çeken hastalarda oluşan kas-iskelet sistemi tepkileri evrenseldir ve “ağrı davranışı” olarak tanımlanmaktadır. Ağrı davranışı, hastanın ağrısının olduğunu gösteren ve çoğunlukla gözlenebilen sözel ya da sözel olmayan hareketlerdir. Birçok ağrı ölçeğinde sözel iletişim kurulamayan hastalarda en sık kullanılan ağrı davranışı “yüz ifadesi”dir (25).

Gélinas açık kalp ameliyatı olan yoğun bakım hastaları üzerinde yaptığı çalışmasında (2007), hastaların mekanik ventilasyona bağlı oldukları dönemde en sık olarak başını sallama, el-kol hareketleri ve yüz buruşturma gibi ağrı davranışlarını kullanarak iletişim kurmaya

çalıştıklarını saptamıştır (7). Aynı çalışmada hastaların endotrakeal tüp ya da mekanik ventilasyona ilişkin rahatsızlığını tüpü ısırma ya da tüpü çekmeye çalışma gibi davranışlarla ifade ettikleri belirtilmiştir. Arroyo-Novoa ve arkadaşları endotrakeal aspirasyon uygulaması öncesi ve sırasında hastaların ağrı davranışlarını gözlemledikleri çalışmada (2008), endotrakeal aspirasyon uygulaması sırasında “yüz buruşturma, yumruklarını sıkma, kaskatı olma (rijid), irkilme” gibi gözlemlenen ağrı davranışlarının uygulama öncesine göre %10 ve daha fazla arttığını bulmuştur (12). Aynı çalışmada endotrakeal aspirasyon sırasında “hareketin olmaması” ile “yüz ifadesinde değişiklik olmaması” gibi iki ağrı davranışının uygulama öncesine göre %10 ve daha fazla azaldığı saptanmıştır.

Rose ve arkadaşları yoğun bakım hastalarında ağrı tanınması ve değerlendirilmesine ilişkin hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada (2011), hemşirelerin %62,7’sinin yaşamsal bulgulardaki değişiklikler ile birlikte ağrı davranışlarını gözlemledikleri ve %9,8’inin ise yalnızca ağrı davranışlarını gözlemledikleri belirlenmiştir (10). Aynı çalışmada hemşireler tarafından ağrının varlığını düşündüren davranışlar, yüz buruşturma (%63,3), inleme (%56,1) ve gözleri sıkıca kapama (%52,5) olarak ifade edilmiştir. Ülkemizde ise Eti Aslan ve arkadaşlarının yoğun bakım ünitelerinde ağrı tanınmaya ilişkin hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada (2003), hemşirelerin yaklaşık %37,4’ünün hastalarında ağrıyla ilgili davranışları gözlemledikleri ve ağrı varlığında hastaların %71,4’ünde uykusuzluk, %22’sinde inleme/ağlama, %12,1’inde yüz ifadesi ve vücut postüründe değişiklik ve %7,8’inde oryantasyon bozukluğu olduğu saptanmıştır (26).

III. Mekanik Ventilasyon Desteğindeki Hastalarda Ağrı Değerlendirmesi

Ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak ağrının yalnızca ‘var’ ya da ‘yok’ olması değerlendirme için yeterli değildir. Ağrı değerlendirmesinde ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi, ağrıyı artıran ve azaltan faktörler gibi özelliklerin de bilinmesi gereklidir. Bu nedenle ağrı değerlendirmesinde, hastanın sayılar ya da kelimelerle bildirdiği subjektif ağrı şiddeti ve niteliğini olabildiğince objektif hale dönüştüren ve hastanın bakımını sürdüren hemşire ve hekim arasında farklı yorumları ortadan kaldırmaya olanak sağlayan ağrı ölçeklerinin kullanımı önemlidir (1, 22, 23).

Yoğun bakım ünitelerinde ağrının değerlendirilmesi diğer birimlere göre farklılık göstermektedir. Mekanik ventilasyonlu hastalar, yoğun bakım ünitelerinde ağrılarını sözel

olarak ifade edemeyen hasta grubunu oluşturmaktadır. Ayrıca bu hastalarda ağrı değerlendirmesini engelleyen faktörler; bilinç düzeyinde değişiklik, görüş alanında sınırlılık, hareketlerde sınırlılık, yaşamı tehdit eden hastalık ya da yaralanmaya bağlı stres, invaziv ya da noninvaziv monitorizasyon araçlarının varlığı, normal uyku ve uyanıklık döngüsünün bozulması, sedasyon ya da nöromusküler blokör ilaç uygulanması, hemşirelerin ağrı yönetimi konusundaki bilgi eksiklikleri, hemşirelerin iş yükünün fazla olması ve zaman kısıtlılığı, multidisipliner iş birliğinin olmayışıdır (26, 27).

Mekanik ventilasyonlu hastalarda yukarıda belirtilen nedenlerle ağrı değerlendirilmesinde sözel ya da görsel kıyaslama ölçekleri kullanılamamaktadır (1). Yoğun bakım ünitelerinde bilinçsiz ve sözel iletişim kurulamayan mekanik ventilasyon desteğindeki hastalarda sağlık profesyonellerinin ağrı değerlendirmesi yaparken izlemesi gereken adımlar “*klinik uygulamalar için genel öneriler*” başlığı altında kanıta dayalı uygulama kılavuzlarında yer almaktadır. Ağrısını ifade edemeyen hastalarda ağrı değerlendirilmesinde izlenmesi gereken öneriler şunlardır (22, 28, 29):

A. Ağrı Değerlendirmede Öncelik Sıralaması Yapılır

1) Hastanın kendi ifadesi ile ağrı tanılanır

Hasta ağrısını kendi ifade edebiliyorsa, ağrı tanılmasında tüm hastalardan kendi bildirimleri alınmalıdır. Hastanın sözel ya da bilişsel düzeyde sınırlılığı varsa basit ifadeler (*evet/hayır kelimeleri*) ya da mimikler (*elini sıkma, göz kırpma*) kullanılarak ağrı tanılmasında kendi ifadesi sağlanmalıdır. Ancak deliryum, bilinç düzeyinde bozulma, iletişimde sınırlılıklar, endotrakeal tüp varlığı, sedatif ve nöromusküler blokör ilaçların verilmesi hastanın ağrısını sözel olarak ifade etmesini engellemektedir. Hastanın bu nedenlerden dolayı kendi ağrı bildirimini olamayacağı belirlenir ve kayıt edilir. (29, 30).

2) Ağrının potansiyel nedenleri araştırılır

Hastada mevcut ağrı davranışı belirtileri gözlenmemesine karşın, patolojik durumlar (cerrahi girişim, travma, osteoartrit, yara, kronik ağrı hikayesi, vb.) ya da rutin uygulanan hemşirelik girişimleri (yara bakımı, rehabilitasyon aktiviteleri, pozisyon verme/dönme egzersizi, kan alma, kateterler ve drenlerin takılması ve çıkartılması, aspirasyon, vb.) mekanik ventilasyonlu hastalarda ağrıya neden olabilir. Yoğun bakım ünitelerinde davranışsal değişiklikler sağlık profesyonellerine mevcut bir ağrı olasılığını düşündürmeli ve bu

değişiklikler değerlendirilmelidir. Girişimsel ağrı, farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler birlikte kullanılarak ağrılı girişim öncesi mutlaka tedavi edilmelidir (22, 28, 29).

3) Ağrı belirtisi olabilecek davranışsal tepkiler gözlemlenir

Ağrının sözel olarak ifade edilemediği durumlarda ağrı değerlendirmesinde davranışların gözlemlenmesi geçerli bir yaklaşımdır. Ağrı deneyimleyen mekanik ventilasyonlu hastalarda yüzde gerginlik ya da yüzünü buruşturma, kaşını çatma, gözünü kapama gibi yüz ifadeleri görülmektedir. Kanıta dayalı, geçerliği ve güvenilirliği yapılan ağrı değerlendirme ölçeklerinde yer alan ağrı davranışları ağrıya işaret edebilir (31, 32). Ancak hastanın davranışsal ağrı skoru ile kendi ağrı bildirimini şiddeti her zaman eşit olmayabilir. Örneğin; hastanın davranışsal ağrı ölçeğinden 10 üzerinden 4 puan alması, kendi ağrı bildiriminin 4 puan olması anlamına gelmemektedir (28, 29, 30).

Ağrı davranışı her zaman ağrının şiddetini doğru olarak yansıtmayabilir, bazı durumlarda bu davranışlar fizyolojik ya da psikolojik stres gibi diğer stres kaynaklarına işaret edebilir (33). Ayrıca hastada uyku ya da sedasyon hali ağrının olmadığı ya da dindirildiği anlamına gelmemektedir.

4) Ağrı tanılmasında hasta yakınları, ebeveynler, bakım vericilerin bildiriminden yararlanılır

Yoğun bakım ünitelerinde ebeveynler, bakım vericiler ya da aile üyeleri bilinçsiz ya da mekanik ventilasyonlu hastalarda belirgin ağrı davranışlarını tanımlamada yardımcı olabilirler. Bu nedenle ebeveynler ve bakım vericilerin ağrı değerlendirilmesine aktif katılımları sağlanmalı ve desteklenmelidir. Aile bireylerine hastanın önceki ağrı deneyimi ve ağrıya karşı davranışsal tepkileri, ayrıca şu andaki ağrı şiddeti ve niçin böyle düşündüğü sorularak ağrıya ilişkin bilgi alınmaya çalışılmalıdır (22, 28, 29).

5) Ağrıyı gidermeye yönelik farmakolojik ve farmakolojik olmayan girişimler uygulanır

Hastada ağrıya neden olabilecek patolojik bir durum veya girişim varlığında ya da hastanın ağrı davranışlarının devam etmesi durumunda ağrının giderilmesinde farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler uygulanabilir. Sağlık profesyonelleri ağrısı olan hastalarda farmakolojik olmayan yöntemlerin diğer yöntemlerin yerine tercih edilemeyeceklerini göz önünde bulundurmalı ve bu yöntemleri farmakolojik girişimlerin yerini almak için değil, bunların etkilerini artırmak için uygulamalıdır (34). Düşük ya da orta düzeydeki bir ağrı varlığında farmakolojik olmayan girişimler ve nonopioid ilaçlar

uygulanabilir (örn; yetişkin doz 500-1000 mg asetaminofen, 24 saat süresince 6 saatte bir vb.). Gözlemlenen ağrı davranışlarının devam etmesi durumunda ağrıya neden olabilecek durumlar değerlendirilir, analjezik tedaviye devam edilir ve uygun farmakolojik olmayan girişim ağrı yönetimine dahil edilir. Ağrının uygulanan nonopiod ilaç tedavisi ve farmakolojik olmayan girişime rağmen devam etmesi durumunda tek bir düşük doz kısa etkili opiod ilaç (örn; hidrokodon, oksikodon, morfin vb.) uygulanır ve etkinliği değerlendirilir(28, 29).

B. Ağrı Değerlendirme Süreci Oluşturulur

Ağrının tanınması ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesi için her sağlık bakım kurumunda bir süreç uygulanmalıdır. Yukarıda önerilen ağrı değerlendirme yöntemleri sonrasında aşağıda yer alan girişimler ağrının değerlendirilmesi ve tedavi süreci için örnek model olarak kullanılabilir (28, 29, 33):

- Ağrı tanınmasında öncelikle hastanın kendi bildiri olmalı, bu mümkün değilse hastanın ağrısını sözel olarak ifade edememesinin nedenleri kayıt edilir.
- Ağrıya neden olabilecek patolojik durumlar ya da rutin bakımlar tanımlanır.
- Hastada ağrı belirtisi olabilecek davranışlar listelenir. Bu amaçla davranışsal ağrı değerlendirme ölçekleri kullanılabilir.
- Hastada ağrıya neden olabilecek ağrı davranışları hasta yakınları ya da bakım vericiler tarafından tanımlanır.
- Hastanın ağrısının giderilmesinde farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler birlikte uygulanır.

C. Davranışsal Ağrı Ölçeklerinden Yararlanılır

Ağrı davranışlarını değerlendiren ölçekler mekanik ventilasyonlu hastalar için kullanılabilir. Davranışsal değerlendirme ölçekleri ağrı varlığını tanılamak ve tedavinin etkinliğini değerlendirmekte yardımcı olabilir (33). Davranışsal ağrı ölçeklerinin kullanımındaki en önemli nokta; hastaların ağrı davranışlarına odaklanması (ölçeklerin ağrılı ve ağrılı olmayan girişimler sırasında uygulanması) ve tedavinin etkinliği için ağrı davranışlarındaki değişikliklerin gözlemlenmesidir. Ağrı davranışlarının sayısındaki artış ya da azalma ağrının arttığı ya da azaldığını düşündürür (29).

D. Fizyolojik Parametrelerden Yararlanılır

Ağrısını sözel olarak ifade edemeyen hastaların ağrı değerlendirmesinde ağrı davranışlarının yanı sıra fizyolojik parametrelerden de yararlanılabilir. Ağrının potansiyel yan etkilerini değerlendirmede fizyolojik parametreler (örn; nabız, kan basıncı, solunum hızında değişiklikler vb.) önemli olmasına karşın (19, 20), yoğun bakım ünitelerinde mekanik ventilasyonlu hastalarda fizyolojik parametrelerdeki değişiklikler ağrı dışında birçok faktörden etkilenebilir (28, 29). Fizyolojik parametreler ağrının tanınmasında yaygın olarak kullanılmasına karşın yapılan çalışmalarda ağrı davranışları ile yaşam bulguları arasında zayıf bir korelasyon saptanmıştır (13, 24, 35).

E. Ağrı Yeniden Değerlendirilir ve Kayıt Edilir

Ağrı “beşinci yaşam bulgusu” olarak görülmekte olup, nabız, kan basıncı, solunum ve ateş gibi diğer yaşam bulguları gibi düzenli olarak değerlendirilmeli ve kayıt edilmelidir. Hastanın ağrı düzeyinin tanımlanması ve tedavi öncesi ve sonrasında düzenli olarak ölçülüp kayıt edilmesi önemlidir (27, 28). Bu durum önemli olmasına karşın pek çok yoğun bakım üniteleri ağrı tanılama formları kullanmamaktadır. Literatürde yoğun bakım hastalarının ağrı değerlendirmesinde çeşitli ölçekler geliştirilmiş olup (31, 32), ancak ülkemizde çoğu yoğun bakım ünitelerinde yaygın ve etkili olarak kullanılamamaktadır.

Eti Aslan ve arkadaşlarının ülkemizde yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmalarında (2003), hemşirelerin %57,1’inin analjezik ilaç uygulamadan önce hastalarında ağrı tanınması yaptıkları bulunmuştur (26). Aynı çalışmada yoğun bakım ünitelerinde ağrı tanılama ve yönetimine ilişkin hemşirelerin profesyonel destek almaları konusunda öneride bulunulmuştur. Gélinas ve arkadaşları entübe yoğun bakım hastalarının ağrısını tanılamak amacıyla yaptıkları retrospektif çalışmada (2004), hasta dosyalarını gözden geçirmişler ve birçok potansiyel ağrı göstergesinin (vücut hareketleri, ventilatöre uyumsuzluk, iletişim çabası, yüz ifadeleri) hasta dosyalarına kaydedildiğini ifade etmişlerdir (36). Ancak bu kayıtların genellikle eksik olduğunu, hemşire ve hekimlerin ağrı ile ilgili tüm gözlemlerini tıbbi dosyalara kaydetmediğini belirtmişlerdir.

IV. Mekanik Ventilasyonlu Hastalarda Ağrı Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler

Ağrı değerlendirmesinin kayıt edilmesi, etkili ağrı yönetimini sağlayarak hastanın ağrısını azaltır. Bu da yoğun bakım hastalarında ağrının değerlendirilmesinde önerilen ağrı değerlendirme araçlarının kullanılması ile mümkün olmaktadır (10, 23).

Literatürde yoğun bakım ünitelerinde mekanik ventilasyonlu hastaların ağrı değerlendirilmesinde kullanılabilecek ölçekler Tablo 1’de özetlenmiştir (5, 19, 37, 38, 39, 40, 41).

Yoğun bakım uygulamaları ile ilgili yayımlanan kılavuzlar, ağrı değerlendirmesi ve tedaviye yanıtının hasta popülasyonuna uygun ölçekler ile düzenli olarak yapılmasını ve sistematik olarak kayıt edilmesini; ağrı şiddeti ve uygulanan farmakolojik ya da farmakolojik olmayan tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde hastaların kendi bildirimlerinin esas alınmasını; iletişim kurulamayan hastalarda ağrı ile ilişkili davranışların, subjektif gözlemlerin (yüz ifadesi, vücut postürü, hareket, vb.), fizyolojik göstergelerin (kalp hızı, solunum, kan basıncı) kullanılabileceğini ve ağrı tedavisini takiben bu parametrelerin değişiminin izlenerek değerlendirilmesini önermektedir (1, 28, 29).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yoğun bakım ünitelerinde bakım standartları geliştirilmesine karşın ağrı, mekanik ventilasyonlu hastalar için önemli bir stres kaynağı olmaya devam etmektedir. Ağrı, yoğun bakım hastaları için önemli bir stresör olduğundan ağrı değerlendirmesi ve yönetimi önemlidir. Ağrı değerlendirilmesinde en güvenilir gösterge hastanın kendi ağrı ifadesi olmasına karşın, yoğun bakım ünitelerinde mekanik ventilasyon nedeniyle sözel iletişimde yetersizlik, bilinç düzeyinde değişiklik, invaziv monitorizasyon araçlarının varlığı ve sedasyon gibi nedenlerle hastalar ağrı düzeylerini tanımlamakta zorluk yaşayabilirler. Günümüzde yaygın olarak kullanılan ağrı değerlendirme ölçekleri mekanik ventilasyonlu hastaların ağrı düzeyini değerlendirmede uygun olmayabilmektedir. Literatürde yoğun bakım hastalarının ağrı değerlendirilmesinde kullanılabilecek çeşitli ölçekler geliştirilmesine karşın, ülkemizde bu ölçekler kullanılmamaktadır. Bu nedenle mevcut ölçeklerin ülkemize uyarlanarak mekanik ventilasyonlu hastalarda ağrının objektif olarak değerlendirilmesi ve etkili ağrı yönetiminin sağlanması önerilmektedir. Böylelikle kritik hastalara kaliteli bir bakımın sunulması ve konfor düzeylerinin artırılması sağlanabilir.

Tablo 1. Mekanik Ventilasyon Destegindeki Hastalarda Ağrı Değerlendirme Araçları

Özellikler	PAIN: The Pain Assessment and Intervention Notation Algorithm	PBAT: Pain Behaviour Assessment Tool	PACU BPRS: PACU Behavioural Pain Rating Scale	NVPS: Nonverbal Pain Scale	BPS: Behavioural Pain Scale	CPOT: Critical Care Pain Observation Tool
Ölçüm Araçları	“Ağrı Tanılama ve Girişim Formu”	“Ağrı Davranışı Değerlendirme Aracı”	“Anestezi Sonrası Bakım Ünitesi Davranışsal Ağrı Derecelendirme Ölçeği”	“Yetişkinler için Sözel Olmayan Ağrı Ölçeği”	“Davranışsal Ağrı Ölçeği”	“Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Ölçeği”
Yüz Ağrı İfadesi	*Yüzünü buruşturma, kaşlarını çatma, gözlerini kısma *Gözlerde ve ağız çevresinde gerginlik *Alın bölgesinde kırışıklık *Ağlama/Gözyaşı	*Yüzünü buruşturma *Kaşlarını çatma *Gözlerini kısma *Gözlerini kapatma *Kaşlarını kaldırarak gözlerini açma *Ağrılı bölgenin ters yönüne bakma *Ağlama *Ağzı geniş açma *Dişlerini sıkma	*Kaşlarını çatma ya da yüzünü buruşturma yok *Hafif düzeyde kaşlarını çatma/ yüzünü buruşturma *Orta düzeyde kaşlarını çatma /yüzünü buruşturma *Sürekli kaşlarını çatma /yüzünü buruşturma	*Belirgin bir yüz ifadesi ya da gülümseme yok (0) *Ara sıra yüzünü buruşturma/kaşlarını çatma, içine kapanık/ilgisiz (1) *Sürekli titreme ve çeneyi sıkma (2)	*Gevşek (1) *Kısmen gergin (örn; kaşlarını çatma) (2) *Tamamen gergin (örn; gözlerini kapatma) (3) * Yüzünü buruşturma (4)	*Rahat: kas gerginliği yok (0) *Gergin: kaşlarını çatma, kaşlarını indirme, gözlerini kısma, levator kası kontraksiyonu (1) *Yüzünü buruşturma: Öncesi tüm yüz hareketlerine ek olarak göz kapağını sıkıca kapatma (2)
Örnekleme	Kalp-damar-göğüs cerrahisi ve genel cerrahi YBÜ ve ASBÜ hastaları (n=31)	Yoğun bakım hastaları (n=5957)	ASBÜ hastaları (n=30)	Yanık, Travma ve Cerrahi YBÜ hastaları (n=59)	Dahili ve cerrahi YBÜ hastaları (n=30)	Kalp-damar ve göğüs cerrahisi YBÜ hastaları (n=105)
Yazar, Yıl	Puntillo ve ark. (1997)	Puntillo ve ark. (2004)	Mateo ve Krenzischek (1992)	Odhner ve ark. (2003)	Payen ve ark. (2001) Vatansever (2004) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır	Gélinas ve ark. (2006) Aktaş Yaman (2013) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır

Kısaltmalar: YBÜ, Yoğun bakım ünitesi; ASBÜ, Anestezi Sonrası Bakım Ünitesi

KAYNAKLAR

1. Dikmen Y. Mekanik Ventilasyon-Klinik Uygulama Temelleri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2012.
2. Çelik S. Mekanik ventilasyonda hasta bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2006; 10: 19-25.
3. Coyer FM, Wheeler MK, Wetzig SM, Couchman BA. Nursing Care Of The Mechanically Ventilated Patient: What Does The Evidence Say? Part two. Intensive and Critical Care Nursing 2007; 23: 71-80.
4. Uyar M, Korhan EA. Yoğun Bakım Hastalarında Müzik Terapinin Ağrı Ve Anksiyete Üzerine Etkisi. Ağrı 2011; 23: 139-146.
5. Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation Of The Critical-Care Pain Observation Tool In Adult Patients. American Journal of Critical Care 2006; 15: 420-427.
6. Pasero C. Pain In The Critically Ill Patient. Journal of PeriAnesthesia Nursing 2003; 6: 422-425.
7. Gélinas C. Management Of Pain In Cardiac Surgery Icu Patients: Have We Improved Over Time? Intensive and Critical Care Nursing 2007; 23: 298-303.
8. Puntillo KA. Pain Assessment And Management In The Critically Ill: Wizardry Or Science? American Journal of Critical Care 2003; 12: 310-316.
9. Keane KM. Validity And Reliability Of The Critical Care Pain Observation Tool: A Replication Study. Pain Management Nursing 2012; In Press, Corrected Proof: 1-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2012.01.002>.
10. Rose L, Haslam L, Dale C, Knechtel L, Fraser M, Pinto R, et al. Survey Of Assessment And Management Of Pain For Critically Ill Adults. Intensive and Critical Care Nursing 2011; 27: 121-128.
11. Aïssaoui Y, Zeggwagh AA, Zekraoui A, Abidi K, Abouqal R. Validation Of A Behavioral Pain Scale In Critically Ill, Sedated, And Mechanically Ventilated Patients. Anesthesia&Analgesia 2005; 101: 1470-1476.
12. Arroyo-Novoa CM, Figueroa-Ramos MI, Puntillo KA, Stanik-Hutt J, Thompson CL, White C, et al. Pain Related To Tracheal Suctioning In Awake Acutely And Critically Ill Adults: A Descriptive Study. Intensive and Critical Care Nursing 2008; 24: 20-27.

13. Kabes AM, Graves JK, Norris J. Further Validation Of The Nonverbal Pain Scale In Intensive Care Patients. *Critical Care Nurse* 2009; 29: 59-66.
14. Chang LH, Cherng CH, Yang JL, Hu SF, Liaw JJ. A Preliminary Study Of The Acute Pain In Patients Hospitalized In The Adult Surgical Intensive Care Unit. *Taiwan Critical Care Medicine* 2006; 7: 165-175.
15. Eti Aslan F, Badır A, Arlı SK, Çakmakçı H. Patients' Experience Of Pain After Cardiac Surgery. *Contemporary Nurse* 2009; 34: 48-54.
16. Puntillo KA, White C, Morris AB, Perdue ST, Stanik-Hutt J, Thompson CL, et al. Patients' Perceptions And Responses To Procedural Pain: Results From Thunder Project II. *American Journal of Critical Care* 2001; 10: 238-251.
17. Siffleet J, Young J, Nikoletti S, Shaw T. Patients' Self-Report Of Procedural Pain In The Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16: 2142-2148.
18. Esen H, Öntürk KZ, Badır A, Eti Aslan F. Entübe ve sedatize yoğun bakım hastalarının pozisyon verme ve aspirasyon sırasındaki ağrı davranışları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 2: 89-93.
19. Payen J, Bru O, Bosson J, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, et al. Assessing Pain In Critically Ill Patients By Using A Behavioral Pain Scale. *Critical Care Medicine* 2001; 29: 2258-2263.
20. Young J, Siffleet J, Nikoletti S, Shaw T. Use Of A Behavioral Pain Scale To Assess Pain In Ventilated, Unconscious And/Or Sedated Patients. *Intensive and Critical Care Nursing* 2006; 22: 32-39.
21. Vatansever HE. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; "Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Mekanik Ventilatöre Bağlı Hastalarda Ağrı Davranışlarının İncelenmesi" Marmara Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Fatma Eti Aslan. İstanbul-2004.
22. Eti Aslan F. Ağrı Doğası ve Kontrolü. 1. Basım. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık. 2006.
23. Karayurt Ö, Akyol Ö. Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı Değerlendirmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11: 96-104.
24. Arbour C, Gélinas C. Are Vital Signs Valid Indicators For The Assessment Of Pain In Postoperative Cardiac Surgery ICU Adults? *Intensive and Critical Care Nursing* 2010; 26: 83-90.

25. Arif-Rahu M, Jo Grap M. Facial Expression And Pain In The Critically Ill Non-Communicative Patient: State Of Science Review. *Intensive and Critical Care Nursing* 2010; 26: 343-352.
26. Eti Aslan F, Badır A, Şelimen D. How Do Intensive Care Nurses Assess Patients' Pain? *Nursing in Critical Care* 2003; 8: 62-67.
27. Shannon K, Bucknall T. Pain Assessment In Critical Care: What Have We Learnt From Research? *Intensive and Critical Care Nursing* 2003; 19: 154-162.
28. Herr K, Coyne PJ, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, et al. Pain Assessment In The Nonverbal Patient: Position Statement With Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing* 2006; 7: 44-52.
29. Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R, Merkel S. Pain Assessment In The Patient Unable To Self-Report: Position Statement With Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing* 2011; 12: 230-250.
30. Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, Fine PG, Dworkin RH, Helme R, et al. An Interdisciplinary Expert Consensus Statement On Assessment Of Pain In Older Persons. *The Clinical Journal of Pain* 2007; 23(1 Suppl): S1-S43.
31. Li D, Puntillo K, Miaskowski C. A Review Of Objective Pain Measures For Use With Critical Care Adult Patients Unable To Self-Report. *The Journal of Pain* 2008; 9(1): 2-10.
32. Marmo L, Fowler S. Pain Assessment Tool In The Critically Ill Post-Open Heart Surgery Patient Population. *Pain Management Nursing* 2010; 11(3): 134-140.
33. Pasero C, McCaffery M. No Self-Report Means No Pain-Intensity Rating. *The American Journal of Nursing* 2005; 105: 50-53.
34. Cignacco E, Hamers JPH, Stoffel L, van Lingen RA, Gessler P, McDougall J, et al. The Efficacy Of Nonpharmacologic Interventions In The Management Of Procedural Pain In Preterm And Term Neonates: A Systematic Literature Review. *European Journal of Pain* 2007; 11(2): 139-152.
35. Gèlinas C, Johnston C. Pain Assessment In The Critically Ill Ventilated Adult: Validation Of Critical- Care Pain Observation Tool And Physiologic Indicators. *Clinical Journal of Pain* 2007; 23: 497-505.

36. Gèlinas C, Fortier M, Viens C, Fillion L, Puntillo K. Pain Assessment And Management In Critically Ill Intubated Patients: A Retrospective Study. *American Journal of Critical Care* 2004; 13: 126-135.

37. Mateo OM, Krenzischek DA. A Pilot Study To Assess The Relationship Between Behavioral Manifestations And Self-Report Of Pain In Post Anesthesia Care Unit Patients. *Journal of Post Anesthesia Nursing* 1992; 7: 15-21.

38. Odhner M, Wegman D, Freeland N, Steinmetz A, Ingersoll GL. Assessing Pain Control In Nonverbal Critically Ill Adults. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2003; 22: 260-267.

39. Puntillo KA, Miaskowski C, Kerhle K, Stannard D, Gleeson S, Nye P. Relationship Between Behavioral And Psychological Indicators Of Pain, Critical Care Patients' Self Reports Of Pain And Opioid Administration. *Critical Care Medicine* 1997; 25 (7): 1159-1166.

40. Puntillo KA, Morris AB, Thompson CL, Stanik-Hutt J, White CA, Wild LR. Pain Behaviors Observed During Six Common Procedures: Results Thunder Project II. *Critical Care Medicine* 2004; 32: 421-427.

41. Aktaş Yaman Y. Yayınlanmamış Doktora Tezi; "Mekanik Ventilasyonlu Hastanın Aspirasyon İşleminde Uygulanan Müzik Terapinin Ağrı ve Fizyolojik Parametrelere Etkisi" Atatürk Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Neziha Karabulut. Erzurum-2013.

EBELİKTE ROY ADAPTASYON MODELİ'NİN ANTENATAL DEĞERLENDİRMEDE KULLANIMI

Ebru SERT¹, Yasemin ERKAL²,
Nazan TUNA ORAN³

ÖZET

Ebelik; bilimsel ve etik değerler üzerine temellenen, bilim ve sanatı birleştiren, felsefe, araştırma, uygulamaya dayalı profesyonel bir disiplindir. Profesyonel disiplinler, mesleki etik değerleri destekleyen, bilgi birikiminin gelişmesine katkı sağlayan, klinik karar verme ve analitik düşünme becerisini geliştiren kavram ve kuramlara dayanır. Ebelik diğer birçok profesyonel disiplinle iç içe geçmiştir. Farklı disiplinlere mal olmuş kuramları ebelik uygulamalarında kullanmak kadının sağlık durumundaki değişiklikleri önceden görebilmek, yorumlamak ve bunlara karşı önlem almak konusunda katkı sağlayacağına inanılmaktadır. Sister Callista Roy önerdiği Adaptasyon Modeli'nde; çevresinde meydana gelen uyarılarla etkileşim içinde olan biyopsikososyal bir varlık olarak tanımladığı insanı, fizyolojik uyum alanı, benlik kavramı uyum alanı, rol fonksiyon uyum alanı ve karşılıklı bağlılık uyum alanı olmak üzere dört uyum alanında incelemiştir. Roy'a göre; insan hayatında sürekli olarak değişimler yaşar. Evlilik, gebelik, doğum ve anne olma süreçleri de kadının hayatındaki önemli değişimlerdir. Kadın bu değişimlere uyum sağlamak zorluklar yaşayabilmektedir. Roy Adaptasyon Modeli'nin desteklediği düşünceler ile ebelik uygulamaları örtüşmektedir. Ebeler kadının sağlık bakım gereksinimlerini karşılamakla birlikte kadının karşılaştığı bu zorluklara uyum sağlamasından sorumlu sağlık profesyonelleridir. Bu çalışma, Roy tarafından geliştirilen Adaptasyon Modeli'nin ebelik bakımında kullanılabilirliği konusunda farkındalık yaratmak, bu modelin antenatal değerlendirmede yol gösterici bir rehber niteliği taşıdığına vurgu yapmak ve disipline özgü çalışmalara ışık tutmasını sağlamak amacıyla yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Roy Adaptasyon Modeli, Antenatal Değerlendirme, Ebelik Bakımı

¹Yüksek Lisans Öğrencisi. Ege Üniversitesi SBE, Ebelik Anabilim Dalı,

²Arş. Gör. Selçuk Üniversitesi SBF, Ebelik Bölümü

³Doç. Dr. Ege Üniversitesi İzmir Atatürk SYO, Ebelik Bölüm

İletişim/Corresponding author: Ebru SERT

Tel: 0442 2312360 **e-posta:** ebrusert35@hotmail.com

Geliş Tarihi/ Received : 07.04.2014

Kabul Tarihi/ Accepted : 26.09.2014

THE USEAGE OF ROY ADAPTATION MODEL IN ANTENATAL ASSESSMENT IN MIDWIFERY

ABSTRACT

Midwifery is a discipline which connects science and art and is based on research, practice and philosophy that is grounded upon scientific and moral values. Professional disciplines are based on terms and theories that support vocational moral values, contribute improving knowledge, and develop clinical decision making and analytical thinking. Midwifery is interrelated with a variety of other professional disciplines. It is believed that using theories attributed to other disciplines in midwifery practice will contribute to anticipate, and interpret the changes in woman's state of health and take precautions for them. According to her proposal, Adaptation Model, Sister Callista Roy examined human which is described as a bio-psychosocial being who is in interaction with stimulus occurring in his/her environment in four adaptation modes as physiologic adaptation mode, self-concept adaptation mode, role function adaptation mode, and interdependence adaptation mode. According to Roy, human experience constant changes in life. Marriage, process of pregnancy, delivery and motherhood are the important changes in woman's life. Woman can experience difficulty in adapting these changes. The thoughts supported by Roy adaptation model overlaps midwifery practice. Midwives provide the health care needs of woman as well as they are the responsible health professionals for women in adapting the difficulties they face. This study aims to create awareness that the Adaptation Model developed by Roy can be used in midwifery practice, to put an emphasis on the fact that this model carries a guidance attribute to lead antenatal assessment and to help enlighten the discipline-specific studies.

Key Words: Adaptation Model of Roy, Antenatal Assessment, Midwifery Care

GİRİŞ

İlk çağlarda bilimsel uygulamalardan uzak olan ebelik, sağlık alanındaki gelişim ve değişimleri yakından takip ederek gelişme kaydetmiş, bilim ve sanatı harmanlayarak birleştirmiş, bilimsel olduğu kadar etik değerlere de önem vermiş ve bunların üzerine temellenmiş profesyonel bir disiplin olarak sağlık meslekleri içinde yerini almıştır (1).

Ebelik; felsefe, araştırma, uygulamaya dayalı profesyonel bir disiplindir. Profesyonel olarak kabul gören bir disiplinin en temel amacı, mesleki uygulamalarda kullanılacak bilimsel bilgi yükü oluşturmaktır. Bu bilgi yükü, daha çok sosyal bilimlerle davranış bilimlerinde sıklıkla kullanılan “kavram” ve “kuram” terimleri yardımıyla açıklanmaktadır. Mesleğe özel kuramlar, mesleki etik değerler ile bütünleşir, bu değerlerden güç alır ve mesleki bilgi birikiminin gelişmesinde önemli katkı oluşturur. Bu kuramlar klinik problem çözme, analitik düşünme ve karar verme yeteneğinin gelişimine hizmet ettiği için, mesleki otonomi kazanımını da destekler. (2).

Tüm profesyonel disiplinler, teoriye temellendirilen bilgi ve araştırmalardan elde edilen sonuçların bu bilgilerle ilişkilendirilmesi ile gelişir. Araştırmalar, bir disiplinde teori oluşturulması veya var olan teoriye dayanarak ortaya atılan önermeleri sınama yoluyla yeni bilgilerin keşfedilmesi amacıyla yapılır. Disiplinin temelini güçlendirecek etkili bilgi üretebilmek için, araştırmalardan elde edilen verilerin yorumlanmasını ve derin analizlerin yapılmasını kolaylaştıran teorik yapılara ihtiyaç vardır. Bu bakış açısı, teorilerin gelişmesine de olanak sağlar. Bilimsel bir araştırmanın kavramsal bir çatıya temellendirilmesiyle; teorinin araştırma sürecine rehberlik ettiği, araştırma sorularını ürettiği, biçimlendirdiği, araştırmanın tasarlanmasından sonuçların yorumlanmasına kadar her aşamada katkı sağladığı bir gerçektir (3).

Ancak, ebeliğin diğer disiplinlerdeki teorileri kullanmaksızın kendi ebelik bilgi yükünü oluşturamadığına ilişkin bir takım kaygılar bulunmaktadır. Ebelik disiplini, temel tıp bilimleri, sosyoloji, psikoloji, eğitim gibi diğer disiplinlerdeki bilgilerle ebeliğe özgü bilgilerin karışımıdır. Bu konuda fikir birliği olmasına rağmen, diğer disiplinlere mal olan teorilerin kullanımıyla ilgili bazı görüş ayrılığı yaşanmakta ve ödünç alınmış teorilerin kullanımının ebelik disiplinin gelişimini engellediğine dair bir takım kaygılar oluşmaktadır (4).

Literatürde teori oluşturma ve model geliştirmede tanımlanan dört kavram (insan, sağlık, çevre ve hemşirelik/ebelik), ‘meta paradigma’ kavramları olarak ifade edilir.

Paradigma, bir disiplinin dünya görüşü olarak açıklanır: 'farklı disiplinler çoğu zaman, belli dünya görüşlerine göre, inceleme yaparken farklı disiplinlerden yararlanırlar ve bu nedenle de paradigmaları takip ederler' (4).

Ebelik uygulaması, birçok disiplinden elde edilen oldukça fazla sayıda teori kullanır. Price ve Price yorumunda; 'Bizim de tıp mesleği gibi fizyoloji, farmakoloji, psikoloji ve sosyoloji gibi başka alanlardan teoriler kullanma konusunda rahat olmamız gerekir. Bu tür teoriler bize, gebelik ve sonrası dönemde kadının sağlık durumundaki değişiklikleri önceden görebilmek, yorumlamak ve bunlara karşı önlem almak konusunda yardımcı olur' demiştir (5).

Çok sayıda ebe, hemşirelik modellerini ebelik uygulamasına uyarlamış ya da tatbik etmiştir. Örneğin, Methven doğum yapacak olan kadının doğum öncesi bakımında Orem'in öz bakım modelinin yararını belirtir. Methven aynı zamanda bireye saygı üzerine temellendirilmiş bu modelin önemine vurgu yapılan öz bakım felsefesinin, ebelik uygulamasıyla çok uyumlu olduğunu savunur. Hasta (gebe kadın) ve hemşire (ya da ebe) arasında tanımlanan ilişki türü, hemşirenin (ya da ebenin) bireyin yerine getiremediği (sebebe ne olursa olsun) bu işlemleri telafi etmek için yerine getirdiği bir tür ortaklıktır (6).

Bu çalışma, Sister Callista Roy'un geliştirmiş olduğu "**Adaptasyon Modeli**"nin ebelik bakımında da kullanılabilirliği konusunda farkındalık yaratmak, bu modelin antenatal değerlendirmede yol gösterici bir rehber niteliği taşıdığına vurgu yapmak ve disipline özgü diğer çalışmalara ışık tutmasını sağlamak amacıyla yapılmıştır.

I. ROY'UN ADAPTASYON MODELİ

Sister C. Roy bu modeli 1964 yılında oluşturulmaya başlamış, 1968'de uygulamaya koymuş ve 1970'li yıllarda geliştirmeye devam etmiştir. Roy'un Adaptasyon Modeli'ni geliştirirken, bir psikofizikçi olan Harry Helson'un Adaptasyon Kuramından; Bertalanffy'nin Genel Sistemler Kuramı ile Selye'nin Adaptasyon Kuramından; hümanistik değerler ve holistik yaklaşımdan ve Dorothea Orem, Dorothy Johnson, Abraham Maslow ile birçok farklı disiplindeki bilim insanlarının kuram ve kavramlarından yararlanmıştır (7,8). Bu model insanın, sürekli değişen çevresel uyaranlarla etkileşimde bulunarak, çevresine uyumu gösteren bir sistem olduğunu savunur (2,9,10).

Roy'un kuramı "Genel Sistem Kuramı" üzerine temellenmiştir. İnsan, bulunduğu çevre içerisinde fizyolojik, düşünsel, rol işlevleri ve karşılıklı dayanışma içinde olduğu kişilerle

ilişkileri içeren sistemleri devam ettirmeye çalışır. İç ve dış çevresi onun uyum düzeyini belirler. Bir taraftan kendi iç sisteminde gerilim ve çatışma yaşarken, diğer taraftan dış çevresine uyum sağlamaya çalışır. Uyum sağladığı uyaranlara karşı ise pozitif bir reaksiyon verir. Birey ya uyum sağlayıcı bir cevap verir ya da cevabı etkisiz kalır (8).

Roy, kuramının çatısını insan, çevre, sağlık ve hemşirelik kavramları üzerine temellendirmiş ve bu kavramları ayrıntılı olarak ele almıştır.

Roy, insanı “holistik, adaptif bir sistem” olarak tanımlar. “Holistik” kavramı insanın fikirlerini ve davranışlarının anlamını ilişkilendirir. “Adaptif bir sistem” kavramı ise insan düşünceleri, duyguları, bilinç durumu ve yüklediği anlamlar ile çevreye uyum sağlayabilmek için değişebilen ve çevreyi değiştirebilen bir varlığı işaret eder. Adaptif bir sistem olan insanın çevresi dünyadır. Modele göre değişen çevre ile etkileşim halinde olan insan çevreden farklı olarak etkilenir. İnsan değişen çevreye uyum sağlama yeteneğine sahiptir. Sağlık, bireyin değişikliklere sürekli olarak uyum, fiziksel, psikolojik ve sosyal bütünlüğünü devam ettirme sürecidir. Bu modelde, bireyin sağlığına, değişen ve gelişen çevreye tam olarak uyum sağlama düzeyine göre karar verilir. Modelde bireyin baş etmesi yetersizse hastalıkla sonuçlanır. Roy hemşireliği “sağlık ve hastalık durumunda uyumun yükseltilmesi için yapılan girişimler” olarak tanımlar. Roy hemşireliğinin amacını “bireyin hayatta kalmasına, büyümesine üremesine ve otonomisini sağlamada yardım ederek bireyin uyumunu sağlamak, dolayısı ile sağlığını, yaşam kalitesini artırmak ve ölümün onurlu olmasına katkıda bulunmak” olduğunu ifade eder (7, 11, 12)

İnsan kavramı; gebelik süresince kadınlar fiziksel, psikolojik ve sosyal strese karşı savunmasızdır ve uygun bir şekilde adapte olmaya ihtiyaç duyarlar. Çevre kavramı; gebe bir kadın için çevre, gebelik sırasında oluşan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimleri içerir. Gebe sağlığını korumak için bu değişimlere adapte olur. Sağlık kavramı; Gebelerin sağlıklılık hali, gebelikte meydana gelen değişimlere uyum sağlama düzeyidir. Bunlardan bazıları kan hacminin artması gibi fizyolojiktir. Bazı değişimler psikolojiktir ve önceki deneyimler bunlara uyum seviyesinde bir etkiye sahip olabilir. Örneğin, önceki öğrenme sırasında geliştirilen kişisel baş etme stratejileri antenatal dönemde oluşan stresle başa çıkmayı başarmada yardımcı olabilir. Gebeler değişimlerle baş etmeyi başardıkları zaman sağlıklı olacaktır. Buna karşın gebe eğer değişimlerle başa çıkmayı başaramazsa hasta olacaktır. Dahası bu değişimler birbiriyle ilgilidir ve birbirleri üzerinde etkiye sahiptir. Örneğin aşırı kilo alımı doğasında fizyolojik olmakla beraber depresyon ve stres gibi zıt sonuçlara sahip

olduğu bulunmuştur. Kısaca, sağlık entegre bir konsepttir ve bütünsel olarak ele alınmalıdır. Hemşirelik kavramı; hemşire gebenin fizyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi ihtiyaçlarının bakımını yapar. Antenatal uygulamada bakım kadınların hamilelikle gelen değişimlere pozitif bir şekilde uyum sağlamasına böylece maternal ve fetal sağlığı desteklemeyi amaçlamaktadır (13).

Weiss ve arkadaşlarının Roy Adaptasyon Modeli'ni temel alarak sezaryen doğum yapmış kadınların doğum sonu sürece uyumunu inceledikleri çalışmada; planlı sezaryen olan kadınların plansız olanlara göre doğum sonu sürece daha kolay uyum sağladıkları belirlenmiştir. Taburculuk sonrası ortaya çıkan problemlerin %40'ını gerçek problemlerin oluşturduğu saptanmıştır. Çalışmada doğum sonu süreçte kadının fiziksel, duygusal, fonksiyonel, ve sosyal adaptasyon alanları değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme alanlarının Roy'un Adaptasyon Modeli'nde bahsettiği uyum alanları ile benzer olması postpartum adaptasyonun değerlendirilmesinde çok önemli yer tutmuştur (14).

A. Uyarılar

Roy, Helson'un çalışmalarını temel alarak uyarıları üçe ayırmıştır (Şekil 1) (8,12,15).

Bunlar:

1. Fokal (Odak) Uyarılar

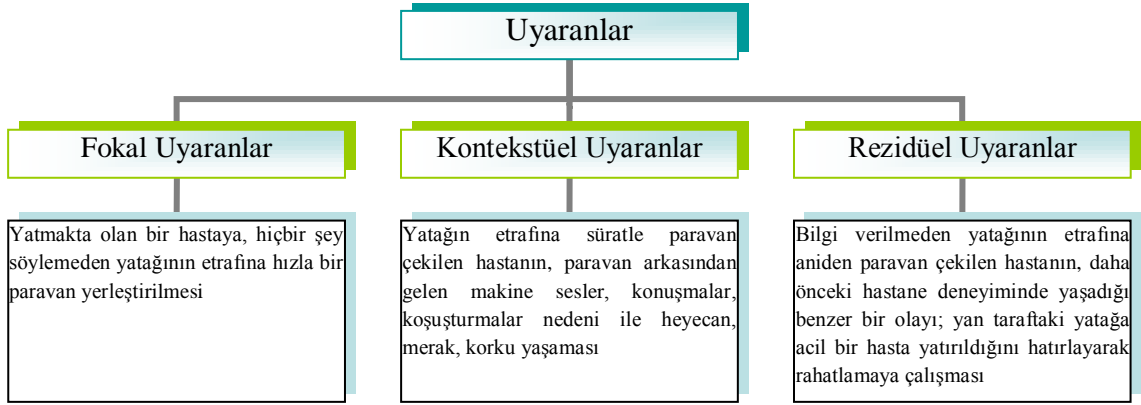
Bireyin birden bire karşı karşıya geldiği ve tepki-cevap verdiği uyarılardır. Kişinin dikkatini çeken nesne ya da olaylardır.

2. Kontekstüel (Etkileyen) Uyarılar

Bir olay ya da durum nedeniyle oluşan koşullara bağlı uyarılardır. Fokal uyarının etkisine katkıda bulunan tüm diğer uyarılar olarak da tanımlanır.

3. Rezidüel (Olası) Uyarılar

Bireyin geçmiş deneyimlerine bağlı olarak, sahip olduğu inanç ve tutumlarla ilgili uyarılardır. Rezidüel uyarılar kişi üzerinde anlaşılır etkileri olan ya da olmayan fakat etkisi net biçimde açıklanamayan iç ya da dış faktörlerdir. Kişi, iç ve dış uyarılara uyum sağlayabilmede baş etme sistemlerini devreye sokar. Eğer baş edip uyum sağlarsa sorun olmaz. Hasta burada olaya uyumlu bir cevap vermiş olur. Baş edemez ise maladaptif bir cevap verecektir. Uyumlu cevaplar, bireyin bütünlüğünü korur, onun gelişimini sağlar, onu sağlıklı kılar. Olumsuz ya da etkisiz cevaplar, uyumsuzluğa dolayısıyla hastalığa neden olur.



Şekil 1: Roy'un Adaptasyon Modeli; Uyaranlar

B. Cevaplar

Uyaranlara verilen cevaplar davranış olarak isimlendirilir. Davranış, içsel ya da dışsal olabilir. Kişi, gürültünün geldiği yöne doğru hamle yapıyorsa bu dışsal bir cevaptır. Aynı zamanda kişinin kalp hızında bir değişiklik meydana geliyorsa bu da içsel bir yanittir. Cevaplar adaptif bir sistem olarak kişinin davranışlarıdır. Roy bu durumu açıklamak için Fonksiyonel ve Effektör alt sistemlerinden söz etmektedir (Şekil 2).

1. Fonksiyonel Alt Sistemdeki Baş Etme Mekanizmaları

Uyaranlarla baş etmede fonksiyonel alt sisteme ait iki mekanizma devreye girer (8, 12, 16).

a) Regülatör (düzenleyici) baş etme mekanizması: Burada nöro-kimyasal-endokrin cevaplar oluşur. Otonomik, endokrin ve motor hareketler arasında denge sağlanır. Psikolojik ve fizyolojik faktörler her yanıtla eşlik eder.

b) Kognatör (bilişsel) baş etme mekanizması: Bu mekanizma daha çok dikkat, hafıza, öğrenme, sorun çözme, karar verme, heyecansal ve savunma durumları ile ilgilidir. Regülatör sistemdeki bir uyarı (örneğin cilt yaralanması) kognatör sistemde (ağrı) yanıtına dönüşür. Tüm bu yanıtlar gözlenebilir, ölçülebilir ve subjektif olarak tanımlanabilir.

2. Effektör Alt Sistemdeki Uyum Şekilleri

Fokal, kontekstüel ve rezidüel uyaranlarla baş edebilme derecesi bu dört uyum biçimi dikkate alınarak verilecek bakıma bağlıdır. Roy, dört çeşit uyumdan bahseder. Bu dört uyum şeklinin daha iyi anlaşılabilmesi için birer örnekle desteklenmiştir (2, 8, 9, 10, 16).

a) Fizyolojik uyum alanı; sistemin fiziksel bütünlüğünü sürdürmesini amaçlar. Bu alan temel gereksinimler hiyerarşisinin birinci basamağında yer alan oksijenlenme, beslenme, barsak ve üriner eliminasyon, hareket, uyku/dinlenme ile sıvı-elektrolit dengesi, nörolojik ve endokrin işlevleri içerir.

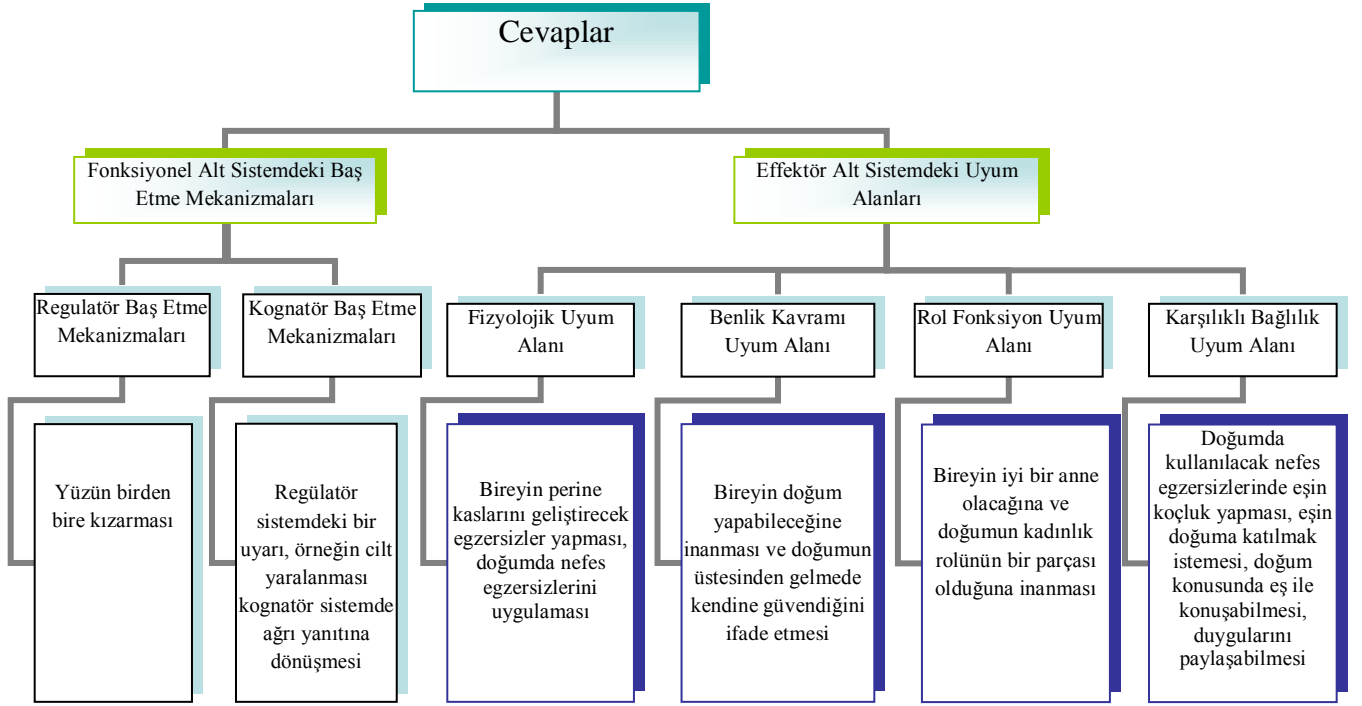
b) Benlik kavramı uyum alanı; insanın kişisel görüşünü yansıtan davranışlar ile maneviyat ve spiritüel bütünlüğünü bağlamında inançlarını içerir. Ayrıca kendi iç algısını ve başkalarının kendisine yönelik algılarını da kapsar.

c) Rol fonksiyon uyum alanı; sosyal bütünlüğü amaçlayan, toplum içerisinde bireyden yerine getirmesi beklenen rollerdir. Bunun dışında aile içinde yaşayan bireylerden (anne, baba olma gibi) beklenen rolleri içermektedir.

d) Karşılıklı bağlılık uyum alanı; bireylerin birbirleri ile olan ilişkilerinde mevcut ilişkiyi devam ettirme ve güçlendirme davranışlarını ve sosyal yönden desteği içermektedir.

Roy, bu dört uyum alanındaki davranışsal cevapları uyumlu veya uyumsuz olarak nitelendirir. Roy, hemşireliğin amacını, uyum alanlarında olumlu cevapların geliştirilmesi şeklinde tanımlamıştır. Hemşirelik girişimleri çevredeki uyaranlara müdahale ederek odak ve/veya etkileyen uyaranlarının etkisini çoğaltmayı, azaltmayı veya tamamen ortadan kaldırmayı hedefler (2).

Hemşirelik pratiğinin önceliğinde odak uyarana müdahale vardır. Odak uyaran değiştirilemiyorsa, etkileyen uyaran değiştirilmeye çalışılır. Hemşirelik girişimlerinin etkinliğinin belirlenmesinde, girişimden sonra gözlenen davranışlar değerlendirilir. Birey davranışlarında uyum geliştirdiyse hemşirelik girişimleri etkili olarak kabul edilir. Uyumsuz davranış geliştirdiyse girişimin etkisiz olduğu ve yeni bir hemşirelik girişimi planlanması gerektiği sonucuna varılır (2, 16).



Şekil 2: Roy'un Adaptasyon Kuramı; Cevaplar

II. Roy'un Adaptasyon Modeli'nin Antenatal Değerlendirmede Kullanımı

Antenatal değerlendirme kapsamında öncelikle gebeler sosyodemografik açıdan değerlendirilir. Ardından obstetrik öykü, mensturasyon öykü, geçirilmiş hastalıklar, mevcut sağlık problemleri ve soy geçmişe yönelik anamnez alınır. Gebeye ait bu bilgiler antenatal bakımın verilmesinde ebeler için yol gösterici önemli ipuçları sağlayabilir (17).

King Lee ve arkadaşları Roy'un Adaptasyon Modeli ve antenatal uygulamalar arasındaki uyumu fark ederek antenatal değerlendirme aracı geliştirmişlerdir. Değerlendirmede 4 adaptasyon alanı dikkate alınarak gebelerin davranışlarına odaklanılmıştır. Değerlendirme araçlarının kullanımı, bakım verilen kişiyi daha iyi tanımlamada ve bu doğrultuda daha faydalı, uygulanabilir ve anlaşılabilir bakım planı oluşturmada önemli bir yere sahiptir. Kullanılan diğer değerlendirme araçları bakımdan çok medikal tedaviye yönelik olduğundan bakım tanılarını formüle etmede yetersiz kalmaktadır. Antenatal bakım uygulamaları; eğitim, destek ve yardımla kadınların gebeliğe uyum sağlamasını desteklemeyi amaçlamaktadır. Tedavi etmektense bakıma odaklanılmıştır (13).

Antenatal bakım diğer bakım alanlarından karakteristik olarak farklıdır. Antenatal değerlendirmede bakım alan grup gebe kadınlar oldukları için bu kadınlar, vücut sistemlerinde fetal gelişimi desteklemek ve doğuma hazırlık yapmak için zorunlu olan anatomik ve psikolojik değişimlerle karşılaşır. Ayrıca, bu kadınlar yeni bir aile bireyi ile tanışma ve bir anne rolüne bürünme, anneliği hissetme ile birlikte karmaşık duygu değişimleri yaşarlar. Kısaca gebe kadınlar yaklaşık 40 haftalık bir dönemi psikolojik, fizyolojik ve sosyal açıdan uyum sağlamaları gereken ayırt edici bir hayat olayı deneyimi olarak yaşarlar. Antenatal bakımda amaç ise gebelikte meydana gelen bir dizi değişikliğe gebenin uyum sağlamasına yardımcı olmaktır (13).

A. Fizyolojik Uyum Alanın Değerlendirilmesi

Gebelik sırasında uterus boyutunun büyümesi, kardiyak çıktının artması, bağırsak motilitesinin azalması ve endokrin seviyesinde değişiklik gibi bazı fizyolojik değişimler aşama aşama gerçekleşir. Fizyolojik değişimler beklendiği halde başarısız adaptasyonu işaret eden etkisiz davranışlar oluşabilir. Kadının bu değişimlere verdiği tepkiler birçok açıdan değerlendirmelidir. Özellikle oksijenlenme (solunum paterni, hemoglobin düzeyi), beslenme (besin ve sıvı alımı, diş sağlığı, bulantı-kusma durumu), barsak ve üriner boşaltım, hareket ve dinlenme (aktivite toleransı, postur), yaşamsal bulguları normal sınırlarda sürdürme (kan basıncı, nabız, kalp atım hızı, beden ısısı), sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesi (ödem, varis), nörolojik (huzursuzluk, ağrı) ve endokrin fonksiyon (kan glikoz düzeyi, deri pigmentasyonu) değerlendirilmesi gereken bileşenlerdir. Roy'a göre bu 9 temel bileşenin dikkate alınarak incelenmesi ile kadının fizyolojik alanı değerlendirilir ve bu, ebelik yönüyle değerlendirmenin temelini oluşturur (11, 13, 18,).

B. Benlik Kavramı Uyum Alanının Değerlendirilmesi

Adaptasyonun benlik kavramı, bireyin psikolojik ve ruhsal bütünlüğü ile ilgilidir ve kişinin kendini ve bedenini algılamasına odaklanır. Benlik kavramı alanının değerlendirilmesi, fiziksel benlik değerlendirme ve kişisel benlik değerlendirme olarak iki aşamalı yapılabilir. Fiziksel benlik, insanların kendilerini görünüşleri ve vücut şekilleri yönünden gerçekte nasıl algıladıklarıyla ilgilidir. Gebelik sırasında fiziksel görünüşteki değişimler özellikle vücut şekli değişince ve deri pigmentasyonu artınca gözle görülür. Daha da önemlisi bir kadının gebeliği sırasında fiziksel görünüşünü nasıl algıladığı, gebeliği isteyip

istemediği ile ilgilidir. Bir kadına göre planlanmış gebelikte genişleyen karın gurur kaynağı olurken, planlanmamış gebelikte ise utanç sebebi olabilir. Bu yüzden kadının fiziksel görünüşündeki değişiklikler ve en sevdiği - en sevmediği yanlarına yönelttiği duyguları değerlendirilmelidir. Bir kadının algısı sosyal ve kültürel faktörlerden de etkilenebilir. Örneğin, kadının maternal obeziteye karşı tavrı büyük oranda günümüzün zayıf kalma hatta sıfır beden olma yönündeki sosyal baskısından etkilenmektedir. Bu yüzden ebe, kadının gebelik sırasında oluşan fiziksel görünüş değişikliklerini algılanmış sosyal ve kültürel yorumları da araştırmalıdır (13, 18, 19).

Kişisel benlik, kişisel standartların ve davranışların, ideallerin ve ahlaki konuların tutarlılığıyla ilgilidir. Gebelik kadının kendini yeni bir sorumluluk seviyesine hazırlamadaki değişimler sürecidir. Bu aşamada önemli bir gelişimsel görev bir anne olarak kendinin maternal temsilini geliştirmektir. Bu bağlamda gebe bir kadın özellikle annelik ve çocuk bakımı ile ilgili kendi görünüşünü, davranış biçimlerini, inançlarını, değerlerini ve problem çözme becerilerini yeniden değerlendirme ve yeniden geliştirme aşamasındadır. Başarılı bir adaptasyon için, gebe kadının kişisel benliğini anne olarak geliştirmesi gerekir. Ebe, gebenin kişisel benliğini geliştirmesine destek olurken, kişisel benliği algılamada etkisi olan sosyal ve kültürel beklentileri de değerlendirilmelidir (13, 20).

C. Rol Fonksiyon Uyum Alanının Değerlendirilmesi

Adaptasyonun rol fonksiyon alanı çeşitli rolleri yerine getirmek için yapılan aktivitelerin performansına odaklanarak sosyal bütünlüğe değinmektedir. Roy rolü, kişiye verilen unvan ve toplumun kişiden unvanı koruması için yerine getirmesini beklediği davranışlar olarak tanımlar. Bir birey üç farklı role sahip olabilir. “Birincil roller” kadın olmanın getirdiği, önceden belirlenmiş rolleri kapsar. “İkincil roller” kişi tarafından tercih edilebilen rollerdir (eş olma, anne olma), hayattaki aşamalarla bağlantılıdır ve nispeten kalıcıdır. Son olarak “üçüncül roller”, doğuma hazırlık sınıfına katılmak, eğitim almayı istemek gibi genellikle geçici, özgürce seçilmiş rollerdir. Gebelik sırasında bir kadının ikincil rolünde ani bir değişim meydana gelir. Bir rolü benimsemeye yetersizlik veya farklı roller arasındaki çatışmalar, sıklıkla bireyde problemlere sebep olduğundan sağlık gereksinimlerini daha iyi anlayabilmek için, kadının rollerini kapsamlı bir şekilde değerlendirmek gereklidir (13, 18).

D. Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanının Değerlendirilmesi

Adaptasyonun karşılıklı bağlılık alanı da sosyal bütünlüğü ele alır, bireyin ayrıcalıklı kişilerle ve destek sistemleri ile ilişkilerini kapsar. Roy karşılıklı bağlılığı, diğerlerine bağımlılık ve kendisi için bir şeyleri başarmadaki bağımsızlık arasındaki denge olarak görür. Bu süreç içinde birey doyum ve sevgi gibi gereksinimlerini karşılayarak psikik bütünlüğünü devam ettirir. Birey bu gereksinimlerini karşılayabilmek için ilişkilerini sıkı tutmaya çalışır (13,18). Gebelik sırasında kadın diğerleriyle ilişkisini yenidoğanı karşılamaya hazırlamak için yeniden düzenler. Aynı zamanda gebelikle ilgili çeşitli değişimlere uyum sağlamak için önemli çevresinin desteğine ihtiyaç duyar. Karşılıklı bağlılık alanının değerlendirmesini yerine getirmek için kadının yakın ve sürekli ilişkili olduğu insanlarla ilişkilerinin değerlendirilmesi gerekir. Bu insanlar genellikle eş, çocuklar, diğer aile bireyleri, komşular ve doğmamış bebeği içerir. Eş ile ilişki özellikle önemlidir çünkü zayıf bir evlilik bağı ile devam eden ilişkinin, gebelik sırasında psikolojik sorunlara yol açtığı bulunmuştur. Doğmamış bebekle ilişki, genellikle gözden kaçırılmış fakat önemli bir durumdur. Aslında anne-bebek ilişkinin kurulması doğumdan önce başlar. Eğer planlanmış bir gebelik ise, kadın bu sürecini büyük olasılıkla olumlu bir şekilde karşılar. İstemsiz bir gebelik ise kadın büyük olasılıkla olumsuz psikolojik sonuçlar yaşar çünkü gebeliğin stresli bir yaşam olayı haline gelmesi muhtemeldir (13, 21).

SONUÇ VE ÖNERİLER

İnsan hayatında sürekli olarak değişim ve gelişimler yaşar. Evlilik, gebelik, doğum ve anne olma süreci kadının hayatındaki önemli değişimlerdir. Kadın bu süreçlere uyum sağlamakta zorluklar yaşayabilir. Bu zorlukların krize dönüşmeden aşılabilmesi için, ebelerin kadının sağlık bakım gereksinimlerini karşılamasının yanı sıra bu süreçlere uyum sağlamasına yardımcı olma konusunda yükümlülükleri vardır. Roy Adaptasyon Modeli'nin desteklediği düşünceler ile ebelik uygulamaları örtüşmektedir. Roy'un adaptasyon modeline uygun geliştirilen antenatal değerlendirme formunun kullanıldığı bir çalışmaya literatürde henüz rastlanmamıştır. Bu nedenle ebelikte gelecekte Roy Adaptasyon Modeli kullanılarak verilen antenatal bakımın etkinliğine yönelik yapılacak araştırmaların sayısının artırılması ve elde edilen olumlu sonuçların klinik uygulamalara yansıtılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Arslan H, Karahan N, Çam Ç. Ebeliğin Doğası ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008; 1 (2): 54-59.
2. Vicdan AK. Hemşirelik Bakımında Model Kullanımına Bir Örnek: Modifiye Radikal Mastektomi Olmuş Bir Bayanın, Roy'un Adaptasyon Modeline Göre İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3 (2): 106-118.
3. McEwen M. Wills EM. Theoretical Basis for Nursing. Third Edition. Lippicott Williams ve Wilkins. United States - 2011. ss:172-195.
4. Bryar R (ed.), Sinclair M (ed.), Bryar R, Sinclair M. Conceptualizing Midwifery. Theory for Midwifery Practice. Second Edition. Palgrave MacMillan - 2011. ss: 16-52
5. Price A, Price B. Midwifery Knowledge: Theory for Action, Theory for Practice. British Journal of Midwifery 1993; 1 (5): 233-7.
6. C. Webb (ed.), Methven RC, Care Plan for a Woman Having Antenatal Care, Based on Orem's Self-care Model, Women's Health: Midwifery and Gynaecological Nursing. London - 1986. ss:13-41.
7. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. Second Edition. F.A. Davis Company. Philadelphia - 2005. ss:25-40.
8. Pektekin Ç. Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. Medikal Sağlık ve Yayıncılık, İstanbul - 2013. ss:111-118.
9. İsbir GG, Mete S. Hemşirelik Bakımında Model Kullanımına Bir Örnek: Bulantı Kusma Sorunu Olan Bir Gebenin Roy Uyum Modeline Göre İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009; 2 (2): 75-86.
10. Özkaraman A, Özer S, Alparslan GB. Romatoid Artritli Bir Vakanın Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modelinin Kullanımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 1 (3): 13 -152.
11. Roy C. The Roy adaptation model. Third edition. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall Health. New Jersey - 2009. ss:35-50
12. Shosha GA, Al kalaldehy M. A Critical Analysis of Using Roy's Adaptation Model in Nursing Research. International Journal of Academic Research Part B 2012; 4 (4): 26-31.

13. Lee YL, Tsang AY, Wong KF, Lee JK. Using the Roy Adaptation Model to Develop an Antenatal Assessment Instrument. *Nurs Sci Q* 2011; 24 (4): 363-369.
14. Weiss M, Fawcett J, Aber C. Adaptation, Postpartum Concerns, and Learning Needs in the First Two Weeks After Caesarean Birth. *Journal of Clinical Nursing* 2009; 18 (21): 2938–2948.
15. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset. İstanbul -1999. ss:372-400
16. Figen PS, Mete S. Uyum Modeli ve Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramının Doğum Öncesi Eğitimde Kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2009; 1 (1): 57-68.
17. Oladapo OT, Osiberu MO. Do Sociodemographic Characteristics of Pregnant Women Determine Their Perception of Antenatal Care Quality? *Maternal and Child Health Journal* 2009; 13 (4): 505-511.
18. Hanna DR, Roy C. Roy Adaptation Model and Perspectives on the Family. *Nursing Science Quarterly* (2001); 14 (1): 9-13.
19. Moreno ME, Duran MM, Herandez A. Nursing Care for Adaptation. *Nursing Science Quarterly* 2009; 22 (1): 67-73.
20. Hart R, McMahan CA. Mood State and Psychological Adjustment to Pregnancy. *Archives of Women's Mental Health* 2006; 9 (6): 329-337.
21. Alami KM, Kadri N, Berrada S. Prevalence and Psychosocial Correlated of Depressed Mood During Pregnancy and After Childbirth in a Moroccan Sample. *Archives of Women's Mental Health* 2006; 9 (6): 343-346.

YETİŞKİNLERİN ÇOCUKLAR İÇİN OYUNCAK SEÇİMİNE YÖNELİK DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ*

Bahire BOLIŞIK¹, Hatice BAL YILMAZ¹, Betül YAVUZ²,
Esra TURAL BÜYÜK³

ÖZET

Bu araştırma ebeveynlerin oyuncak seçimini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini İzmir (Balçova, Karşıyaka) ve Samsun'daki oyuncak mağazalarından çocuklarına oyuncak alan ebeveynler oluşturmuştur. Çalışma gurubunu ise 24-25 Mayıs 2008 tarihleri arasında oyuncak mağazasına gelen, çocuklarına oyuncak alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişiler oluşturmuştur.

Veri toplama aracı olarak, ilgili literatür taranarak oluşturulan, 27 sorudan oluşan “Çocuk ve Aileyi Tanıtım Formu” kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin çoğunluğunu (%66,5) anneler oluşturmaktadır. Yetişkinlerin %80,9'unun çocuklarına düzenli aralıklarla oyuncak almadıkları, %53,4'ünün oyuncak almaya daha önce karar verdikleri ve oyuncak almaya karar verenlerin %52,8 oranında çocuklar olduğu bulunmuştur. Oyuncak alan kişilerin öğrenim düzeyi yükseldikçe, çocuklarına daha sık oyuncak aldıkları (%76,1), oyuncakların üzerinde CE işareti bulunmasına (%65,9) ve oyuncakın güvenli olmasına (% 89,2) önem verdikleri saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Yetişkin, Oyuncak

* The summary of this study was presented as a poster in 1st International Congress on Nursing Education, Research & Practice and took part in the summary book (October 15th - 17th 2009, Thessaloniki, Greece)

¹ Yrd. Doç. Dr. Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,

¹ Doç. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,

² Yrd. Doç. Dr. Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya Sağlık Yüksekokulu,

³ Yrd. Doç. Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu,

İletişim/ Corresponding Author: Esra TURAL BÜYÜK

Tel: 0362-3121919- 6354 e-posta: esratural@gmail.com

Geliş Tarihi/Received : 01.03.2013

Kabul Tarihi/ Accepted: 10.07.2014

ANALYSIS OF THE FACTORS AFFECTING TOY PREFERENCE FOR CHILDREN OF ADULTS

ABSTRACT

This research was carried out as descriptive and cross-sectional in order to determine the factors affecting toy preference of parents. While the population of the work consists of parents who bought toys from toy stores in Izmir (Balcova, Karsiyaka) and in Samsun, the sampling consists of parents who came to these toy stores for shopping between 24th and 25th May 2008 and accepted to participate in the research. As a data-gathering tool, "Child and Family Description Form" composed of 27 questions was used after reviewing the literature. The majority of the adults (66.5%) in the research consist of mothers. It is found that 80.9 % of the adults buy their children toys regularly; that 53.4% buy toys after having given a prior decision to buy one; and that 52.8% of those who decide for the toy are the children. It is also established that as the education level of the adults buy toy increase, they buy more toys for their children (76.1%), the importance they give to the CE sign on the toys (65.9%) and to the reliability of the toys (89.2%) increases. Consequently, it is determined that parents mostly buy toys according to the wishes of their children and that they pay less attention to certain factors.

Key Words: Child, Adult, Toy

GİRİŞ

Oyun, çocuğun gelişimi ve yetiştirilmesi yönünden oldukça önemli bir olaydır ve çocuğun gözü ile bakıldığında oyun, çocuğun en önemli işi, oyuncakları da en önemli aracıdır. Gelişim basamakları boyunca, çocuğun hareketlerine düzen getiren, zihinsel, bedensel ve psiko-sosyal gelişimlerinde yardımcı olan, hayal gücünü ve yaratıcı yeteneklerini geliştiren tüm oyun malzemelerine oyuncak adı verilir (1, 2).

Oyuncaklar günümüzde çok çeşitlidir. Farklı maddelerden yapılmış, farklı renklerde ve farklı özellikte olabilirler. Ancak en iyi oyuncak, çocuğun tekrar tekrar oynamak isteyeceği ve her defasında ona daha çok oyun ve daha fazla haz veren oyuncaktır. Oyuncak çocukta merak uyandırır, kasları çalıştırır, girişimciliği - düş gücünü artırır ve çocuğu problem çözmeye yönlendirir. Oyuncaklar ayrıca, anne ve babanın bu farklı yaşama katılmalarını sağlayan bir yoldur (3, 4, 5).

Oyuncaklar aileler ve eğitimciler ile çocuk arasında iletişim kurmada, köprü görevi görürler. Okul öncesi dönemde çocuklar oyun malzemelerine büyük ilgi gösterirler. Bu noktada anne babaya düşen en büyük görev, alıcı ve öğrenmeye hazır olan çocuğa uygun oyuncakların sunumudur (5). Okul çağında, oyuncak olarak kullanabileceği araç-gereçler de çeşitlenir. Örneğin kitaplar ve okuma, çocuğun sevdiği ve ilgi duyduğu konulardan seçilince, onun için en haz verici oyuncak ve oyunlardır (4). “Pahalı oyuncak iyi oyuncaktır” görüşü her zaman için doğru değildir. Çocuklar su, çamur, tencere, kutu gibi malzemelerle de zevkle oynamaktadır. Önemli olan oyuncağın işlevsel ve yararlı olmasıdır (6). Mümkün olduğunca gerçek hayatın minyatürü oyuncaklar alınmalıdır. Yetişkinin yaptığı işlerde beceri kazanmasına yönelik (kürek, süpürge, makas, tava vb. mutfak ve ev eşyaları) oyuncaklar tercih edilmelidir (7). Ayrıca oyuncağın çokluğu değil nitelikli olması da önemlidir. Çocuklara verilecek oyuncakların basit düzeyden başlayıp zora doğru tercih edilmesi gerekir. Çocuklar oynadıkları oyuncaklarda başarılı olduklarını anlamalıdır (5).

Oyuncak seçimi rastgele yapılamayacak kadar önemli bir etkinliktir. Oyuncak seçiminde öncelikle dikkat edilecek faktörlerin başında, oyuncağın çocuğun yaşı, cinsiyeti ve gelişim seviyesi gelmektedir. Çok küçük çocuklar, renkli bir çingirak gibi, tüm duyularını uyaran oyuncaklardan hoşlanırlar ve bu oyuncaklar onların tam olgunlaşmamış duyularının gelişimine önemli katkıda bulunur. Yeni yürümeye başlayan çocuklar, farklı şekil ve boyutlardaki küpleri yerleştirme çıkarma oyunlarını severler. İki yaşlarındaki çocuklar, yeni kazanmakta oldukları bilek çevirme yeteneğini kullanıp, geliştirebilecekleri basit logoları

diğer oyuncaklara yeğlerler. Okul öncesi devreye ulaşan çocuklar ise, yaratıcı yönlerini destekleyen her türlü nesneden ve resim yapmaktan hoşlanırlar (4, 5). Oyuncak seçiminde diğer bir faktör de çocuğun cinsiyetidir. Çocukların kendi cinsiyetlerine uygun özellikleri öğrenmelerinde oyun ve oyuncakların önemi büyüktür. Çünkü anne ve babalar çocuklarına cinsiyetlerine uygun oyuncaklar almakta ve onları cinsiyetlerine uygun oyun oynama konusunda etkilemektedirler. Çocuklar seçim yapabilme olgunluğuna eriştiğinde oyuncuğunu seçmesine izin verilmelidir. Bu arada ebeveynlerin oyuncak hakkında çocuğa bilgi vermesi son derece yararlı olmaktadır. Ayrıca çocukların küçük yaşlardan itibaren kararlarını vermeleri konusunda desteklenmeleri kişiliklerini olumlu yönde etkileyebilir (8).

Oyuncak seçiminde diğer önemli bir konu da oyuncuğun güvenliğidir (9). Oyuncuğun çocuk sağlığı ve güvenliği açısından bir risk oluşturmaması için, çocuğun yaşına uygun oyuncaklar, isim ve adresleri belli olan satıcılardan alınmalı, oyuncakların ambalajında oyuncuğu tanıtıcı bilgiler ve CE (oyuncak mevzuatına uygun olduğunu gösteren) işareti olmalıdır. Bunun için oyuncuğun yapıldığı kimyasal maddenin ve kullanılış şeklinin çocuğa zarar vermeyeceğinden emin olunmalıdır (10). Oyuncak çocuğun gücünün yeteceğinden ağır, kırılabilir ve parçalanabilir olmamalıdır. Oyuncaklarda keskin kenarlar, ağza, buruna, göze ve kulağa kaçabilecek küçük parçalar, kurdele, ip gibi araçlar bulunmamalıdır (3, 11). Çok küçük çocuklara metalden yapılmış bir oyuncak verilmemelidir (7). İyi bir oyuncak sağlam, dayanıklı, kullanışlı, bakımı kolay, boyası çabuk çıkmayan cinsten, keskin, sivri köşeleri olmayan, kolayca temizlenebilen oyuncaktır (7, 10).

Çocukların fizyolojik ve psikolojik yönden tüm gelişimlerini etkileyen oyuncakların seçiminde etkili olan faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Yetişkinlerin çocuklara oyuncak satın alma davranışlarını birçok faktör etkilemektedir. Çocuğun yaşına ve gelişimine uygun oyuncak seçimini etkileyen kültürel, sosyal ve demografik faktörler ile oyuncak güvenliği konusunda yetişkinlerin tutumları bilinmelidir. Oyuncak seçimi ve güvenliği konusunda üreticilerin, ebeveynlerin, diğer oyuncak alan yetişkinlerin ve eğitimcilerin bilgilendirilmesi için sağlık ekibine büyük sorumluluk düşmektedir.

Bu araştırma ebeveynlerin ve diğer oyuncak alan yetişkinlerin oyuncak seçimi konusunda ki davranışlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma sonuçlarının ışığında yetişkinlerin oyuncak seçimine yönelik davranışlarının belirlenmesi, ebeveynlerin, eğitimcilerin ve sağlık personelinin bu konudaki duyarlılığını arttırması ve yapılacak diğer çalışmalara ışık tutması düşünülmektedir.

MATERYAL VE METOT

Yetişkinlerin oyuncak seçimini etkileyen faktörleri ortaya çıkarmak amacıyla planlanmış, tanımlayıcı, kesitsel bir araştırmadır. Araştırma İzmir (Balçova ve Karşıyaka) ve Samsun'daki oyuncak mağazalarında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, oyuncak mağazalarına gelen yetişkinler oluşturmuştur. Çalışma gurubunu ise 24-25 Mayıs 2008 tarihleri arasında oyuncak mağazasına gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden, çocuk için oyuncak alan, İzmir'de 150 kişi ve Samsun'da 50 kişi olmak üzere toplam 200 yetişkin oluşturmuştur.

Araştırmada verileri toplamak amacı ile ilgili literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen "Çocuk ve Yetişkini Tanıtım Formu" kullanılmıştır. Bu form, çocuk ve yetişkinlere yönelik sosyo-demografik özellikler, alınan oyuncakla ilgili veriler ve ebeveynlerin oyuncak alımı ile ilgili tutumlarını (oyuncak güvenliği, oyuncak seçiminde dikkat ettikleri hususların önem derecesi v.s.) belirleyen 27 sorudan oluşmuştur. Anket formları araştırmacılar tarafından ebeveynlerle yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Anket formlarının doldurulması ortalama 5-10 dakika sürmüştür. Anket uygulaması yapılmadan önce, araştırmaya katılacak kişiye konuyla ilgili kısaca bilgi verilmiştir. Kendileri ile ilgili doğru ifadeleri seçmelerinin araştırmanın güvenilirliği için önemli olduğu vurgulanmıştır. Veriler bilgisayarda SPSS istatistik paket programı kullanılarak yüzdeler ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın yapılması için İzmir'deki ve Samsun'daki oyuncak mağazalarından izin alınmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan yetişkinlerin %66,5'ini anneler, %22,5'ni babalar oluşturmaktadır. Yetişkinlerin %33'ünün 25-30 yaş grubunda %11'inin ise 40 yaş ve üstünde olduğu saptanmıştır. Oyuncak alan bireylerin %88'inin lise-üniversite mezunu olduğu, %60'ının gelir durumunun orta, %33'ünün gelir durumunun yüksek olduğu bulunmuştur.

Yetişkinlerin oyuncak aldıkları çocukların cinsiyetleri incelendiğinde %56'sının erkek, %44'ünün kız olduğu, yaş gruplarına göre bakıldığında büyük çoğunluğu (%43) 3-6 yaş grubundaki çocukların oluşturduğu bunu sırasıyla 6-9 yaş ve 1-3 yaş grubundaki çocukların izlediği saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Oyuncak Satın Alan Bireylerin ve Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik özellikler	Sayı	%
Oyuncağı alan kişi		
Anne	133	66,5
Baba	45	22,5
Diğer yetişkinler	22	11,0
Yetişkinlerin yaşı		
20-25 yaş	14	7,0
25-30 yaş	66	33,0
30-35 yaş	50	25,0
35-40 yaş	48	24,0
40 yaş ve üstü	22	11,0
Eğitim Durumu		
İlköğretim	24	12,0
Lise-Üniversite	176	88,0
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	14	7,0
Gelir gidere denk	120	60,0
Gelir giderden fazla	66	33,0
Çocuğun cinsiyeti		
Kız	88	44,0
Erkek	112	56,0
Çocuğun yaşı		
0- 11 ay	8	4,0
1-2 yaş	32	16,0
3-6 yaş	86	43,0
7-9 yaş	61	30,5
10-12 yaş ve üzeri	13	6,5
Toplam	200	100,0

Çalışmada yetişkinlerin çocuklarına oyuncak alma sıklıkları incelenmiş; büyük çoğunluğunun (%80,9) düzensiz sıklıkla ve fazla oyuncak aldıklarını ve %19,1'nin düzenli sıklıkla (ayda/haftada bir) oyuncak aldıkları saptanmıştır. Yetişkinlerin en son oyuncak alma zamanları incelendiğinde %74,7'sinin 1 hafta-1 ay önce, %25,3'ünün en son ne zaman oyuncak aldıklarını hatırlamadıkları saptanmıştır. Alınacak oyuncak alınmasına karar veren kişinin daha çok çocuğun kendisi olduğu (%52,8) ve alınacak oyuncak ne olduğuna daha önce kararlaştırdıkları (%53,4) görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 2. Yetişkinlerin Çocuklarına Oyuncak Alma Durumuna İlişkin Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Oyuncak alma sıklığı		
Düzenli aralıklarla	34	19,1
Düzensiz aralıklarla- fazla miktarda	144	80,9
En son oyuncak alma zamanı		
Hatırlamıyor	45	25,3
1 hafta- 1 ay önce	133	74,7
Oyuncak alınmasına karar veren birey		
Yetişkin	47	26,4
Çocuk	94	52,8
Yetişkin ve çocuk beraber	37	20,8
Oyuncak almaya daha önce karar verme durumu		
Evet	95	53,4
Hayır	83	46,6
Toplam	178	100,0

Oyuncak alırken yetişkinlerin % 41,5'i çocuğun isteğinin önemli olduğu % 58,5'i ise çocuğun isteğinin oyuncak seçiminde önemli olmadığını belirtmişlerdir. Yetişkinlerin oyuncak seçiminde çocuğun isteğini önemli bulma durumu ile yetişkinlerin eğitim seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Oyuncak seçerken oyuncakın güvenli olmasını önemseyen yetişkinlerin oranı %88'dir. Oyuncak üzerinde CE işaretinin olmasını önemseyen yetişkinlerin oranı %63 olarak saptanmışken bu CE işaretinin ne ifade ettiğini bilme oranı %57'dir. Yetişkinlerin eğitim

düzeyleri ile aldıkların oyuncağın güvenli olmasına önem verme, oyuncaklar üzerindeki CE işaretini önemli bulma ve bu işaretin anlamını bilme durumları ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 3, $p < 0.05$).

Tablo 3. Yetişkinlerin Öğrenim Düzeyine Göre Oyuncak Satın Alırken Göz Önünde Bulundurduğu Kriterlerin Dağılımı (N:200)

	Yetişkinlerin Öğrenim Düzeyi						χ^2, p
	İlk- ortaokul		Lise-üniversite		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Çocuğun isteği							
Önemli değil	9	37,5	74	42,0	83	41,5	* $\chi^2= 0,180$
Önemli	15	62,5	102	58,0	117	58,5	$p= 0,82$
Oyuncağın güvenli olmasına önem verme							
Önemli değil	3	12,5	3	1,7	6	12,0	* $\chi^2= 8,45$
Önemli	21	87,5	173	98,3	194	88,0	$p= 0,02$
Oyuncaklarda CE işareti							
Önemli değil	14	58,3	60	34,1	74	37,0	* $\chi^2= 5,325$
Önemli	10	41,7	116	65,9	126	63,0	$p= 0,02$
CE İşaretinin Anlamı							
Biliyor	5	20,8	81	46,0	86	43,0	* $\chi^2= 5,46$
Bilmiyor	19	79,2	95	54,0	114	57,0	$p= 0,02$
Toplam	24	100,0	176	100,0	200	100,0	

*Fisher'sExact Test, anlamlılık düzeyi $p < 0,05$

Yetişkinlerin oyuncak alırken çocuğun isteğini göz önünde bulundurma durumlarına baktığımızda, annelerin % 51,9'u, babaların % 77,8'i ve diğer yetişkinlerin de % 59,1'u çocuğun isteğini önemli bulmakta olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Oyuncak Alan Yetişkinlere Göre Oyuncak Alırken Çocuğun İsteğini Dikkate Alma Durumu

	Oyuncak Alan Yetişkinler							
	Anne		Baba		Diğer		Toplam	
Çocuğun isteği	n	%	n	%	n	%	n	%
Önemli değil	64	48,1	10	22,2	9	40,9	83	41,5
Önemli	69	51,9	35	77,8	13	59,1	117	58,5
Toplam	133	100,0	45	100,0	22	100,0	200	100,0
								0

$$x^2 = 9,293 \text{ p}=0,01$$

*Fisher's Exact Test, anlamlılık düzeyi $p < 0.05$

TARTIŞMA

Araştırmada düzensiz sıklıkta çocuklarına oyuncak alan ailelerin oranının (%80,9), düzenli sıklıkta (ayda bir/haftada bir) oyuncak alan ailelerden (%19,1) yüksek olduğu saptanmıştır. Arıkan ve Karaca'nın çalışmasında da annelerin %19'unun çok sık (haftada bir), %40'nın sık (ayda bir) oyuncak aldıkları belirtilmiştir (5). Artan, Öncü ve Elibol'un yaptıkları çalışmada ise annelerin eğitim düzeylerinin artmasıyla çocuklarına oyuncak almalarının da arttığı belirlenmiştir (14). Çalışmamızda yetişkinlerin büyük çoğunluğunun en son bir ay içinde çocuklara oyuncak aldıkları görülmüştür. Onur ve ark. ülkemizde iki farklı ilde ve farklı ekonomik seviyelerdeki annelerin çocuklarının oyuncak gereksinimlerine yönelik düşüncelerini belirlemeye yönelik çalışmada (n=666), oyuncağın çocuklara daha çok anne ve baba tarafından birlikte aldıkları (%48,6), bu sırayı anne (%27,7), baba (%21,9) ve daha sonra da akrabaların (%13) izlediği bulunmuştur. Bu çalışmada ailenin ekonomik seviye yükseldikçe çocuğun sahip olduğu oyuncak sayısının da arttığı görülmüştür. Annelerin büyük bir bölümü (%44,4) çocuğunun sahip olduğu oyuncak sayısının yeterli bulmalarına karşın alt ekonomik seviyeye sahip annelerin diğer ekonomik seviyelerdeki annelere göre çocuklarının oyuncak sayısını yeterli bulmadıkları görülmüştür (15).

Alınacak oyuncağın ne olacağına en çok çocukların (%52,8) karar verdiği ve %53,4'ünün oyuncak seçimine daha önce karar verdikleri görülmüştür. Yeni oyuncak almak

çocukları mutlu eder. Ancak önemli olan yeni oyuncak almak değil, elinde olan oyuncakların onun dikkatini çekmesini sağlamaktır. Oyuncak seçimi sadece çocuklara bırakıldığında, çocukların kendilerine uygun olmayan oyuncak seçme olasılıkları yüksektir. Çocuğun alınacak oyuncakta daha önce karar verilmediği durumlarda da, çocuk daha fazla oyuncak seçme eğilimindedir. Oyuncak satın alırken yetişkinlerin çocuğun isteğine verdikleri önem incelendiğinde; öğrenim düzeyi düşük olan yetişkinlerin öğrenim düzeyi yüksek olan yetişkinlere göre oyuncak satın alırken çocuğun isteğini daha çok önemsedikleri saptanmıştır. Ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür (Tablo3; $p>0,05$). Erden ve Alisinanoğlu ailelerin çocuklarına oyuncak alırken daha çok birlikte karar verdikleri (%57,7) ve ebeveynlerin eğitim seviyesi yükseldikçe birlikte oyuncak alımına karar verdikleri bulunmuştur. Bu durum aile bireylerinin birbirlerinin düşüncelerine değer verdiklerini düşündürmektedir (17). Özyeşer'in araştırmasına göre de, üst sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarının oyuncak satın alma davranışı üzerinde daha çok 'televizyon' ve 'çocuk dergilerinin' etkili olduğu, alt sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarının oyuncak satın alma davranışı üzerinde ise daha çok 'arkadaşlarından veya başka çocuklardan görmenin' etkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada aynı soru ailelere sorulduğunda ise, üst sosyo-ekonomik düzey anne-babaların oyuncak satın alırken çocuğun yaşı, gelişim düzeyi, ilgisi, oyuncakın eğitici ve eğlendirici olması gibi özelliklerine; alt sosyo-ekonomik düzey anne-babaların ise oyuncakın ekonomik, dayanıklı ve çocuğun cinsiyetine uygun olmasına daha çok dikkat ettiklerini saptanmıştır (16). Onur ve ark.'da, alt sosyoekonomik düzeyden üst sosyoekonomik düzeye gidildikçe annelerin çocuklarına alacakları oyuncakın fiyatına daha az dikkat ettikleri görülmüştür (15).

Çalışmada oyuncak seçen ebeveyn ve diğer yetişkinlerin büyük bölümünün oyuncak seçiminde çocuğun isteğini göz önünde bulundurdıkları ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4; $p<0,05$). Arıkan ve Karaca'nın çalışmasında annelerin büyük bölümünün oyuncak seçiminde çocuğun fikrini göz önünde bulundurdıkları belirtilmiştir (5). Adak ve Özdemir'in çocuk, anne ve öğretmenlerin oyuncakta bakış açılarını belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada ise, "oyuncak alırken nelere dikkate edersin/etmeliyiz?" sorusuna çocukların verdikleri yanıtta 'bireysel istek', 'aile etkisi' ve 'oyuncakın fiziksel özelliklerinin vurgulandığı, annelere sorulan aynı soruya verilen cevaplarda öncelikli olarak oyuncakın 'eğitim ve öğrenmeyi desteklemesi', 'sağlıklı ve güvenli olması', 'sağlam ve kaliteli olması', 'eğlendirici olması' ve 'yaşa uygun olması' gibi

özelliklerin dikkate alındığı, öğretmenlerin verdikleri yanıtlarda ise oyuncanın 'renk', 'ses', 'hareket', 'dış görünüş' gibi özelliklerine vurgu yaptıkları saptanmıştır (11). Arıkan ve Karaca'nın çalışmasında da annelerin çocuklarına oyuncak satın alırken çocuğun oyuncayı beğenmesi ile annelerin eğitim durumu arasında anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur (5). Özdemir ve Ramazan'ın yaptığı çalışmada ise annelerin 'çocuğunuza oyuncak alırken nelere dikkat edersiniz?' sorusuna verdiği yanıtlara bakıldığında, çocuğun isteğinden çok oyuncanın eğitim ve öğrenmeyi desteklemesi ve yaşa uygun olması gerektiğini belirtmişlerdir (11). Onur ve ark. ise, annelerin oyuncak seçiminde en çok çocuğun isteğine, daha sonra çocuğun yaşına ve oyuncanın güvenli olmasına dikkat ettiklerini belirtmişlerdir (15). Bu çalışmada annelerin alt sosyoekonomik düzeyden üst sosyoekonomik düzeye gidildikçe oyuncak seçiminde çocuğun isteğine ve oyuncanın güvenli oluşuna daha çok dikkat ettikleri görülmüştür (15). Kahraman ve Başal'ın anne eğitim düzeyi ve çocukların oynadıkları oyun ve oyuncaklar arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik çalışmasında, anne eğitim düzeylerinin çocuklarının öncelikli olarak tercih ettikleri oyuncak seçimlerini etkilemediği görülmüştür (18). Yapılan bazı araştırmalarda ise ailelerin oyuncak seçiminde çocuğun cinsiyetine göre oyuncaklar satın aldıkları görülmüştür. Sülü ve ark., 1-3 yaş grubu çocuğu olan annelerin oyuncak seçimi konusunda bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, annelerin oyuncak satın alırken büyük bir kısmının çocuğun yaşına (%83,6), çocuğun cinsiyetine (%86,4) ve oyuncanın tehlikesiz olmasına dikkat ettiklerini bulmuşlardır (19). Çelebi ve Ünlüer de okul öncesi dönemde çocukların oyuncak seçimlerinin ebeveynlerin tutumlarından etkilendiğini bulmuşlardır. Bu çalışmada ebeveynlerin oyuncak seçiminde daha çok çocuklarının cinsiyetlerini önemsedikleri için, erkek çocukları için savaş oyuncakları, kamyon veya spor malzemeler içeren oyuncaklar aldıkları, kız çocuklarının da oyuncak bebek ve oyuncak ev araçları aldıkları görülmüştür (20). Kahraman ve Başal araştırmalarında çocukların cinsiyetlerinin, kendilerinin tercih ettikleri oyuncakları seçerken daha çok etkili olduğunu belirlemişlerdir. Kız çocukları bebek ve mutfığa ilişkin oyuncakları seçerken, erkek çocukların ise araba, tabanca gibi oyuncakları tercih ettiği görülmüştür (18). Pennell çocukların oyuncak tercihlerinin yıllar geçse de neden değişmediğini belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada, günümüz oyuncaklarının hala cinsiyet gelişimini, kadın ve erkek olgusunun etkilediğini belirlemiştir (21). Arıkan ve Karaca yaptıkları araştırmada ise anne eğitim düzeyi yükseldikçe cinsiyete uygun oyuncak seçiminin arttığını belirlemişlerdir (5).

Onur ve ark.'nın çalışmasında kız çocuk annelerine oranla erkek çocuk annelerinin oyuncak satın alırken çocuğun isteğine daha çok dikkat ettikleri bulunmuştur (15).

Yetişkinlerin eğitim düzeyleri arttıkça oyuncuğun güvenli olmasına verdikleri önemin arttığı, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 3; $p<0,05$). Kişilerin çocuklar için aldıkları oyuncakların çocuk sağlığı ve güvenliği açısından risk oluşturmaması için, çocuğun yaşına uygun olan oyuncakların isim ve adresleri belli olan satıcılardan almaları gerektiği düşünülmektedir (10, 12). İnanç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça annelerin çocuklarının sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik olumlu davranışlarının arttığı bulunmuştur (13). Özdemir ve Ramazan çalışmasında annelerin oyuncak seçiminde oyuncuğun sağlıklı ve güvenli olması ile sağlam ve kaliteli olması gerektiğini vurgulamışlardır (11). İnanç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada daha önce çocukları oyuncuğa bağlı kaza geçiren ebeveynlerin daha önce kaza öyküsü olmayan gruba göre oyuncak alırken güvenliğini daha fazla düşünerek aldıkları bulunmuştur (13).

Oyuncak alan yetişkinlerin eğitim seviyesi yükseldikçe oyuncakların üzerinde CE işareti olmasına verdikleri önemin attığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 3; $p<0,05$). Yetişkinlerin CE işaretinin anlamını bilmeme durumunun CE işaretinin oyuncaklarda olmasına verdikleri önemi etkileyebileceği düşünülmektedir. İnanç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça annelerin çocuklarının sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik olumlu davranışlarının arttığı bulunmuştur (13). Eğitim düzeyi yüksek olan yetişkinlerin, oyuncakların üzerinde yer alan CE işaretinin anlamını bilme oranı, eğitim düzeyi düşük olan yetişkinlerden daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 3; $p<0,05$). Çamur ve arkadaşlarının çalışmasında yüksekokul/fakülte mezunu olan oyuncak alıcılarının CE işaretinin anlamını bilme durumları lise ve altı okul mezunu olan alıcılarınkinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (10). Sülü ve ark. oyuncak satın alırken annelerin % 94,8'inin tehlikesiz olmasına dikkat ettikleri bulunmuştur (19).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, çocuklara oyuncak alan yetişkinlerin çoğunluğunu annelerin oluşturduğu bulunmuştur. Yetişkinlerin oyuncak alırken daha çok çocukların isteklerine göre ve daha önce ne alınacağına karar verdikleri görülmüştür. Annelerin diğer yetişkinlere göre oyuncak seçiminde çocuklarının isteklerini daha çok önemli buldukları saptanmıştır. Oyuncak alan

yetişkinlerin öğrenim düzeyi yükseldikçe, çocuklarına daha sık oyuncak aldıkları ve oyuncuğun güvenli olmasına daha çok önem verdikleri görülmüştür. Çalışmamız ayrıca oyuncak güvenliği konusundaki duyarlılığın artırılması için de bilgilendirmeye gereksinim olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, aileler, çocuk bakımından sorumlu yetişkinler, sağlık ekibi ve öğretmenler, çocuklara oyuncak alırken, çocuğun yaşına, ihtiyaçlarına, yetenek ve ilgilerine, gelişim düzeyine ve oyuncuğun güvenliğine göre seçim yapmalıdır. Bu konuda bilgilenecek için iletişim araçlarından, aile danışma merkezlerinden ve ana-baba okulu gibi uygulamalardan yararlanılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Arslan F. 1-3 Yaş Dönemindeki Çocuğun Oyun Ve Oyuncak Özelliklerinin Gelişim Kuramları İle Açıklanması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4 (2): 40- 43.
2. Poyraz H. Okul Öncesi Dönemde Oyun ve Oyuncak. Anı Yayıncılık. 2. Baskı. ISBN:9789756212 Ankara- 2003.ss: 32-68.
3. Glassy D, RomanoJ. Selecting Appropriate Toys For Young Children:The Pediatrician's Role. Pediatrics 2003;111(4): 911-913.
4. Egemen A, Yılmaz Ö ve Akil P. Oyun, Oyuncak Ve Çocuk. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004;5(2):39-42.
5. Arıkan D, Karaca E. Annelerin Oyuncak Seçimi İle İlgili Bilgi Ve Uygulamaları. Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi 2004; 1:1-9.
6. Turla A, Avcı N, Ersoy Ö. Oyuncak Seçerken Dikkat Edilmesi Gereken İlkeler: Çocuklar İçin Erken Uyarıcı Çevre Kitabı. Morpa Kültür Yayınları ISBN: 9789752843547. İstanbul.2006.ss: 45- 51
7. Kaya D. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. "36 - 72 Aylık Çocuklar İçin Tasarlanmış Oyuncakların Çocukların Gelişim Alanlarına Göre İncelenmesi"Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Eğitimi Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Fatma Alisinanoğlu. Ankara- 2007.
8. İnanç D. Çocukluk Çağı Yaralanmalarda Davranışsal Belirleyiciler Neyi Gösteriyor ? Klinik Çocuk Forumu Dergisi 2004; 4(2): 6-11.
9. Özmert E. Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-III: Aile. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006; 49:256- 273.

10. Çamur D, Vaizoğlu S.A. Akbaş M., Başaran D., Batmaz A., Bilgin E., Bulam M. Oyuncak Alıcı Ve Satıcılarının Oyuncak Güvenliği Ve Yönetmeliği Konusundaki Bilgi Düzeyleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008;51:31-38.
11. Adak Özdemir A, Ramazan O. Oyunağa Çocuk, Anne Ve Öğretmen Bakış Açısı. Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi 2012; 2(1):1-16.
12. İlhan M. Oyuncaklar Ne Kadar Güvenli? Klinik Çocuk Forumu Dergisi 2004;4(2):33-34.
13. İnanç Çelik D, Baysal Uğur S, Çetin Z, Coşgun L, Taviloğlu K, Ünivar E. Çocukluk Çağında Yaralanma Kontrolü: Ailenin Davranışı Ve Güvenlik Danışmanlığı. Türk Pediatri Arşivi 2008; 43:127- 134.
14. Artan İ, Çelebi Öncü E, Oklan Elibol F. Alt Sosyo-Ekonomik Düzey Annelerin Ev Ortamındaki Materyalleri Çocuklarının Eğitiminde Kullanım Şekilleri. OMEP Dünya Konsey Toplantısı ve Konferansı Bildiri Kitabı I, 2003; 337-351.
15. Onur B, Çelen N, Çok F, Artar M. Şeker Demir T. Türkiye’de İki Kentte Annelerin Bakış Açısıyla Çocukların Oyuncak Gereksinimleri. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 1997; 30 (1), 45-74.
16. Özyeşer Cinel N. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; “Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeydeki 3-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Anne-Babaların Oyuncak Ve Oyun Materyalleri Hakkındaki Görüşlerinin Ve Bu Yaş Grubu Çocukların Sahip Oldukları Oyuncak Ve Oyun Materyallerinin İncelenmesi” Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Tez Yöneticisi: Y.Doç.Dr. Fatma Tezel Şahin. Ankara- 2006.
17. Erden Ş, Alisinaoğlu F. Anaokullarına Devam Eden Çocukların Ebeveynlerinin Çocuk Oyun Ve Oyuncaklarına Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2002;2 (22):42-49.
18. Kahraman P.B, Başal H.A. Anne Eğitim Düzeyine Göre Çocukların Cinsiyet Kalıpyargıları İle Oyun Ve Oyuncak Tercihleri. Journal of New World Sciences Academy Education Sciences 2011;6(1):1335-1357.
19. Sülü Uğurlu E, Özet F, Ayçiçek D.1-3 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Oyuncak Seçimi Konusunda Bilgi Ve Uygulamalarının İncelenmesi. International Journal of Human Sciences.2012; (9)2: 879-89.
20. Çelebi Öncü E, Ünlüer E. Preschoolers’ Views About Gender Related Games And Toys. Procedia - Social and Behavioral Sciences.2012; 46:5924 – 5927.

21. Pennell G.E. Why Boys Still Don't Play With Barbie: Gender Socialization In Toyland, 5th Itra World Congress Toys And Culture. Book of Abstracts. 2008. 9-11 Temmuz. Nafplion Greece.

7-11 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA ENÜREZİS SIKLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERİ

Fadime ÜSTÜNER TOP¹, Dilek KÜÇÜK ALEMDAR¹

ÖZET

Bu çalışma; 7-11 yaş grubu çocuklarda enürezis sıklığı ve risk etkenlerini belirlemek amacı ile planlanmıştır. Tanımlayıcı nitelikte olan araştırmamızın örneklemini 2012-2013 eğitim-öğretim yılında bir ilçe merkezinde bulunan iki ilköğretim okulunda öğrenim gören 351 öğrenci oluşturmuştur. Veriler sosyo-demografik özellikler ve çocuğun idrar alışkanlığı ile beraber enürezisin varlığı ve risk etkenlerinin sorgulandığı 24 sorudan oluşan anket formu ile toplanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Öğrencilerin yaş ortalaması 9,15±1,46'dır. Öğrencilerin %50,9'u kız, %49'u ise erkektir. Çalışma grubunda enürezis sıklığı %18,2 olup kızlarda %53,1, erkeklerde %46,9 olarak belirlenmiştir. Enürezis olan çocukların ebeveynlerinde enürezis öyküsü %54,1, kardeşlerinde %37,7 olarak saptanmıştır. Ebeveynlerin %53,8'i enürezis için bir şey yapmadığını, % 46,2'si bazı geleneksel uygulamalar yaptığını ifade etmiştir. Aileler genel olarak enüretik çocuğunun tedavisine olumlu bakmakta, fakat çoğunluğu tedavi için hiçbir girişimde bulunmamaktadır. Tedaviye olumlu bakan ailelerin bir kısmı ise enürezis için tıbbi yardım almak yerine geleneksel yöntemleri kullanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Enürezis, Enürezis Sıklığı, Risk Faktörleri

¹Yrd.Doç.Dr. Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
İletişim/Corresponding Autor: Dilek KÜÇÜK ALEMDAR
Tel : 454 3613788 **e-posta:** dilekkucuk@atauni.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 06.01.2013
Kabul tarihi/ Accepted: 13.07.2014

ENUREZIS FREQUENCY AND RISK FACTORS IN THE CHILDREN BETWEEN 7-11 YEARS

ABSTRACT

This study, was planned risk factors to determine the frequency enuresis in children 7-11 age group. The descriptive nature of our research sample in the center of a country that the study in two primary schools in the 2012-2013 academic year that it is constituted 351 students. The data were collected with a questionnaire consisting of 24 questions about socio-demographic characteristics and data of the child's urinary habits and risk factors with the presence of enuresis was interrogated. The resulting data were evaluated in computer. The average of the age of the students is 9.15 ± 1.46 . 50.9% of the students were female and 49% of the students were male. In the study group enuresis prevalence was determined as 18.2% and 19% in girls, 17.4% in boys. The enuresis story that has been determined at the parents of the enuresis children is 54.1%, and 37.7% has been identified as the brother. 53.8% of the parents did not do something for enuresis, 46.2% stated some traditional practices are doing. Most of the families do not have enuresis consciousness and they are not using any method, approximately half of them are using the traditional methods.

Keywords: Enuresis, Enuresis Prevalence, Risk Factors.

GİRİŞ

Enürezis, Yunanca'da yatak ıslatma anlamına gelen "Enoureia" sözcüğünden gelir (1). Tarih boyunca, birçoğu kaba hatta barbarca olan yöntemlerle bile tedavi edilmeye çalışılan bu probleme, günümüzde de cezalandırma ile çare aranması da nadir olmayarak karşımıza çıkmaktadır. Bugün Amerika Birleşik Devletlerinde ebeveynlerin 1/3'inin enüretik çocuklarına ceza uyguladığı bildirilirken, Türkiye'de yatak ıslatan çocukların %35'inin ağır cezaya maruz kaldığı ortaya konulmuştur (2).

Enürezis prevalansı ile ilgili olarak yapılan epidemiyolojik çalışmalarda değişik oranlar bildirilmekle birlikte tüm dünyada 50 milyonun üzerinde enürezisli çocuk olduğu tahmin edilmektedir. Yaşlara göre enürezis görülme yüzdeleri ise sırasıyla 5 yaşında %15-20; 10 yaşında %5; 10-17 yaş arası %2-3 ve 17 yaşın üzerinde %1'dir (3, 4, 5).

Enürezisin etiolojisinde genetik etkenler ile birlikte matürasyonda gecikme, stres, uyanma güçlüğü, detrusör instabilitesi, noktürnal antidiüretik hormon salınımında azalma, işlevsel mesane kapasitesinde azalma ve diğer psikojenik etkenler gibi çevresel veya bireye ait etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir (6, 7).

Enürezisli çocuklar kırgınlık, utanma, düş kırıklığı, yalnızlık gibi duyguları daha sık ifade etmektedirler. Bu duygu durumun ileride de çeşitli psikiyatrik sorunlara yol açabileceği bilinmekte ve bazen aile bireylerinin çocuğa tavır almaları sonucunu doğurabilmektedir (8). Bu durum okul öncesi aileler tarafından çoğunlukla önemsenmezken, çocuğun okula başlaması ile birlikte yaratmış olduğu olumsuz psikososyal etkiler nedeniyle önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir. Bu sebepten dolayı aileler genellikle çocuğun okula başlaması ile birlikte bir tedavi veya çözüm arayışına girmektedir (9, 10).

Gelişen teknolojiyle birlikte tıp alanında da yenilikler olmuş ve birçok hastalığın tanı ve tedavisi gelişmiştir. Tıp alanındaki bu gelişmeler ışığında enürezis tedavisinde yenilikler gelmiş olmasına rağmen tedaviden yararlanamayan/tedavi edilmeyen vakalarda az sayıda da olsa yetişkin döneme kadar devam edenler mevcuttur (%1 oranında) (11). Buna rağmen her yıl enüretiklerin %15'i kendiliğinden düzelmektedir (12). Fakat erken yaşta tedavi edilmeyen olgularda bu sorun çocuğun yaşantısını önemli ölçüde etkilemekte ve öz değer yitimine neden olmaktadır (13).

Konunun psikososyal boyutları epidemiyolojik çalışmaları beraberinde getirmiş ve sonuçta da önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul görmüştür (8). Fakat çoğu aileler enürezisi bir hastalık olarak kabul etmemekte ve tedaviye yaklaşmamaktadır. Bu doğrultuda enürezis insidansını bilmek, bu çocukların ailelerine ulaşip aileyi tedaviye yönlendirmek; çocuğun gelişimini daha sağlıklı sürdürebilmesi ve varsa idrar yolları ile ilgili hastalıkların saptanabilmesi için önemlidir.

Araştırmamızda aslında hasta olup normal zannedilen enürezisli çocukların tespit edilmesi, ailelerinin tedaviye yönlendirilmesi böylece çocukların sağlıklı gelişimlerine katkıda bulunulması amacıyla planlanmıştır. Bu epidemiyolojik araştırma, ilköğretim okullarında bulunan 7-11 yaş aralığındaki çocuklarda enürezis sıklığı ve risk faktörlerini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı-kesitsel nitelikte olan araştırmamızın evrenini 2012-2013 eğitim-öğretim yılında Piraziz İlçesi merkezinde bulunan Ömer Hekim İlköğretim Okulu ve Eren Hekim İlköğretim Okulu'nda öğrenim gören toplam 372 öğrenci oluşturmuştur. Evrenin tamamı örneklem grubu olarak alınmış, örneklem seçimine gidilmemiştir. Ancak toplam 21 öğrencinin okula devamsızlık nedeniyle ulaşamadığından toplam 351 öğrencinin verileri değerlendirilmiştir. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür bilgilerine dayanarak anket formu düzenlenmiştir. Formun ilk kısmında anketle ilgili ebeveynleri bilgilendirme yazısı ve kişisel bilgilerin gizli tutulacağına dair ifadeler yer almaktadır. Bu kısımda çocuğun kendisi, ailesi ile ilgili demografik ve diğer bilgilerin alınabileceği sorular bulunmaktadır. Formun diğer kısmında ise çocuğun idrar alışkanlığı ile beraber enürezisin varlığı ve risk faktörlerinin sorgulandığı çoktan seçmeli toplam 24 soru bulunmaktadır. Ankettten elde edilecek bilgilerin daha kesin ve daha doğru olacağı düşünülerek dağıtılan formun ebeveynlerce doldurulması istenmiştir. Ayrıca formun dağıtıldığı sınıfın sorumlu öğretmenleri ile anket formları dağıtılmadan önce görüşülerek çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve gerektiğinde formun doldurulması konusunda ebeveynlere yardımcı olması sağlanmıştır. Bu çalışmada enürezis için ICD-10'un (Criteria of the 10th Edition of the International Classification of Diseases) tanımı kullanılmış ve buna göre "bir ay boyunca en az bir gece yatağını ıslatma" enürezis olarak kabul edilmiş ve tüm veriler bu tanıma göre yorumlanmıştır (12). İstatistiksel analizler için SPSS 16.0

programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik yöntemleri ve ki-kare testleri kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmamızda enürezis prevalansı %18,2 olduğu, bu çocukların %53,1'i kız, %46,9'u erkek olduğu belirlendi. Cinsiyet ile enürezis görülme sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Enürezis %28,1 oranında en fazla 7 yaş çocuklarda görülmekte ve yaş ile enürezis sıklığı arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlendi. Enüretik çocukların %51,6'sının gelir durumu kötü olup gelir durumu ile enürezis sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Aile tipine bakıldığında çekirdek ailelerde enürezis sıklığı %65,6, geniş ailelerde %34,4 olduğu saptandı ve istatistiksel olarak anlamsız bulundu. Enüretik çocukların; anne ve babanın eğitim durumu, arkadaşlık ilişkileri ve okul başarısı gibi bağımsız değişkenler ile enürezis sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 1).

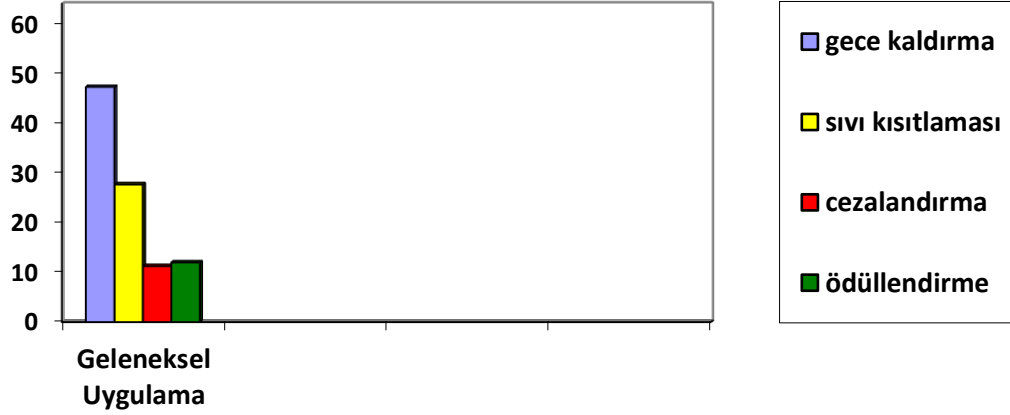
Tablo 2'de çocukların %45,2'sinde primer, %54,8'inde sekonder enürezis olduğu belirlendi. Enürezis olan çocuklarda diurnal enürezis prevalansı %8,1, nokturnal enürezis %75,8, kontinual enürezis prevalansı ise %16,1 olarak bulundu. Ayrıca çocukların %4,7'sinde enkoprezis de olduğu belirlendi. Çocukların %74,6'sı idrarını ara sıra kaçırdığı ve %70,5'inin enürezis tedavisi görmediği bulundu. Enüretik çocuklarda aile öyküsü incelendiğinde bu çocukların ebeveynlerinin %54,1 'i çocukken kendisinde de enürezis olduğu, kardeşlerinde ise enürezis prevalansı %37,7 olduğu tespit edildi. Çocukların %14,3'ünde diğer ürolojik problem (İYE) olduğunu belirlendi. Ayrıca enürezis olan çocukların %50,8'inde uyuma güçlüğü %17,5'inde horlama, %11,3'ünde ise uyku apnesi olduğu belirlendi. Enürezis ile ilişkili risk faktörleri için yapılan analizde ebeveynlerinde ve kardeşinde enürezis olan çocuklarda enürezis sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($x^2 = 2,64$, $p<0,05$), diğer üriner sistem sorununun varlığı, ve uyuma güçlüğü ile enürezis sıklığı arasında anlamlı ilişki belirlendi ($x^2 = 6,79$, $p<0,05$).

Tablo 1: Çocukların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Enürezis Görülme Sıklığı Arasındaki İlişki

Değişkenler		Enürezis (+)		Enürezis (-)		Toplam		Test Değeri	
		s	%	s	%	S	%	x ²	p
Cinsiyet									
	Kız	34	53,1	145	50,5	179	51,0	0,142	0,74
	Erkek	30	46,9	142	49,5	172	49,0		
	7	18	28,1	42	14,6	60	17,1		
	8	15	23,4	64	22,0	78	22,2		
Yaş	9	9	14,1	40	13,9	49	14,0	9,344	0,96
	10	9	14,1	71	24,7	80	22,8		
	11	13	20,3	67	23,3	84	23,9		
VKİ (Vücut Kitle İndeksi)	Zayıf	37	57,8	100	28,7	137	39,1		
	Normal	25	39,0	179	62,3	204	58,2	2,68	0,76
	Kilolu	2	3,2	8	9,0	10	2,7		
Ailenin Gelir Düzeyi	İyi	9	14,1	62	21,6	71	20,2		
	Orta	22	34,4	105	36,6	127	36,2	2,68	0,04
	Kötü	33	51,6	120	41,8	153	43,6		
Aile Tipi	Geniş	22	34,4	92	31,8	114	32,3	0,15	0,69
	Çekirdek	42	65,6	196	68,2	237	67,7		
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim	47	71,7	219	86,5	266	76,6		
	Lise	13	18,3	51	18,0	63	18,2	0,82	0,93
	Üniversite	4	10,0	14	7,8	18	5,2		
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim	43	63,8	180	64,0	223	65,4		
	Lise	11	23,3	72	25,6	83	24,3	2,34	0,68
	Üniversite	6	13,1	29	10,3	35	10,3		
Arkadaşlık İlişkileri	İyi	56	18,3	250	81,7	30	87,2		
	Orta	8	18,2	36	81,8	44	12,5	0,22	0,89
	Kötü	0	0,0	1	100,0	1	0,3		
Okul Başarısı	İyi	42	17,6	197	82,4	239	69,5		
	Orta	21	20,0	80	20,0	100	29,1	0,28	0,86
	Kötü	1	20,0	4	80,0	5	1,5		
TOPLAM		64	100	287	100	351	100		

Tablo 2: Enüretik Çocuklara Ait Semptomatik Veriler

Özellikler	Enürezis (+)	
	Sayı	%
Enürezis	Primer	29 45,2
	Sekonder	35 54,8
	Diurnal	7 8,1
Enürezis Türü	Noktürnal	47 75,8
	Kontinual	10 16,1
Enkoprezis	Var	3 4,7
	Yok	61 95,3
Enürezis Ne Sıklıkta	Devamlı	16 25,4
	Ara Sıra	48 74,6
Enürezis Tedavisi Görme	Evet	18 29,5
	Hayır	46 70,5
Ebeveynlerde Enürezis	Var	34 54,1
	Yok	30 45,9
Kardeşlerde Enürezis	Var	25 37,7
	Yok	39 62,3
Diğer Ürolojik Problem	Var	9 14,3
	Yok	55 85,7
Uyanma Güçlüğü	Var	32 50,0
	Yok	32 50,0
Horlama	Evet	11 17,5
	Hayır	53 82,5
Uyku Apnesi	Var	8 11,3
	Yok	56 88,7
TOPLAM	64	100,0



Şekil 1 : Ailelerin Kullandıkları Geleneksel Yöntemler

Çalışmada enürezisli çocukların ailelerinin %83,1'i çocuğunun tedavisine olumlu bakarken, %16,9'u tedaviyi istememektedir. Bu ailelerden %53,8'i ise enürezis tedavisi için herhangi bir yöntem kullanmamış, %46,2'si bazı geleneksel uygulamalar yapmıştır. Bu geleneksel uygulamaları kullanan ailelerin %47,3'ünün çocuğunu gece tuvalete kaldırdığı, %27,7'sinin sıvı kısıtlaması yaptığı, %11,3'ünün çocuğu cezalandırdığı, %12,0'mın çocuğu ödüllendirdiği, %1,7'sinin hocaya okuttuğu belirlendi (Şekil 1).

TARTIŞMA

Enürezis sıklığı ve risk faktörlerini belirlemek amacı ile yapılmış birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalarda sıklığı Akbaba ve ark. %15,4, Gür ve arkadaşları %12,5, Gümüş ve arkadaşları %13,7, Serel ve arkadaşları %11, Akman %25, Yeung ve arkadaşları %31,5, Devlin ve arkadaşları %13, Ouedraogo ve arkadaşları %12,9 olarak bulmuşlardır (5, 8, 15, 16, 17, 18, 19, 20). Bizim çalışmamızda ise enürezis nokturna sıklığını %18,2 olarak belirlendi. Bu prevalans Türkiye'deki diğer çalışmalara göre biraz yüksektir. Bu durum bizim çalışma grubumuzu oluşturan çocukların aynı bölgeden ve sayısının daha fazla olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Enürezis nokturna ile ilgili bazı çalışmalarda erkek çocuklarında prevalansın kızlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmektedir Ülkemizde Adana'da yapılan çalışmada kızlarda %10,6, erkeklerde 17,8'dir. Mersin'de yapılan bir araştırmada ise sırasıyla %11,3 ve %14,6 bulunmuştur (5, 15, 19, 21). Bizim çalışmamızda ise enürezis sıklığı ile cinsiyet

arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Bu durum çalışmaya dahil edilen çocukların % 51'inin kız, % 49'unun erkek olması ile açıklanabilir.

Yapılan bazı çalışmalar da gelir durumunun kötü olması ve geniş aile yapısı gibi psikososyal streslere maruziyetin enürezis etyolojisinde önemli rol oynadığı yönündedir (20, 21, 22). Cher ve arkadaşları tarafından Taiwan'da yapılan epidemiyolojik bir çalışmada düşük sosyoekonomik düzey ile geniş aile yapısının enürezis için risk faktörleri olduğu belirtilmiştir (22). Akis ve arkadaşlarının Bursa'da yaptıkları çalışmada genç, çalışan ve eğitim düzeyi düşük annelerin çocuklarında enürezisin daha sık olduğu saptanmıştır (23). İtalya'da yapılan çok merkezli bir çalışmada düşük sosyoekonomik düzey, düşük doğum tartısı ve erkek çocuk olma risk faktörleri olarak bildirilmiştir (24). Bizim çalışmamızda da ailenin gelir durumu ile enürezis görülme sıklığı arasında anlamlı ilişki belirlendi.

Enüretik çocuklarda, diurnal enürezis sıklığı %8,1 olarak, noktürnal enürezis %75,8 olarak, kontinual enürezis sıklığı ise %16,1 olarak belirlendi. Elazığ'da yapılan benzer bir çalışmada ise Demirören ve ark. diurnal enürezis sıklığını %4,5, noktürnal enürezisi %66,7, kontinual enürezisi %28,8 olarak bulmuştur. Görüldüğü gibi noktürnal enürezis, diurnal enürezis insidansından daha yüksek çıkmıştır. Araştırmamız Elazığ ilinde Demirören ve ark.'nın yapmış olduğu çalışma ile benzer sonuç göstermektedir (25).

Enürezis pozitif çocukların %45,2'si primer, %54,8'i sekonder enürezislidir. Görüldüğü gibi noktürnal enürezis prevalansı ve sekonder enürezis olgusu daha yüksektir. Erzurum'da yapılan benzer bir çalışmada %83,9 primer enüretik, %16,1 sekonder enüretik olduğu bildirilmiştir (1). Bizim çalışmamızda primer enürezis sıklığı daha yüksektir.

Çalışmamızda VKİ'ne göre enüretik çocukların % 57,8'i zayıf, % 39,0'ı normal, %3,2'sini obez olduğu ve enürezis sıklığı ile anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Erdem ve ark.'nın yaptıkları çalışmada enürezisli çocukların %55'inin hafif, %31'nin ise ciddi derecede obez olduğunu ve işeme disfonksiyonu olan çocukların normal popülasyona göre yaklaşık iki kat (%62-86) obez olduklarını saptamışlardır (26). Obez çocuklarda hormonal durumun, yeme alışkanlıklarının ve kişilik/davranış özelliklerinin obez olmayan çocuklardan farklı olabileceği ve bu etkenlerin obez çocuklarda inkontinansın daha sık oluşmasına yol açabileceği öne sürülmüşse de bu konuda henüz yapılmış bir çalışma mevcut değildir. Hatay'da yapılan bir çalışmada elde edilen veriler incelendiğinde ise, enüretik çocukların ortalama VKİ'nin 1,04 (0,97-1,11) olduğu

ve enüretik olmayan çocukların VKİ'den daha düşük olduğu görülmektedir. Bu bulgular bir biri ile çelişmekle birlikte irksal veya çocuğun gelişimsel etkenlerinin burada rol oynayabileceğini göz önünde tutmak gerekir (3).

Enüretik çocuklarda aile öyküsü incelendiğinde, kardeşlerinde enürezis sıklığı %37,7, ebeveynlerde ise %54,1 olduğu ve aralarında anlamlı ilişki olduğu tespit edildi. Ailede enürezis öyküsünün çocukta enürezis sıklığını etkileyen bir değişken olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir (27, 28, 29, 30). Carman ve ark yaptığı çalışmada babanın 4 yaşından sonra enüretik olması durumunda çocuğun enüretik olma riskinin 7,2 kat, annenin enüretik olması durumunda ise 5,2 kat arttığı belirtilmektedir (30).

Çalışmamızda enürezis olan çocukların %50,8'inin uyuma güçlüğü yaşadığı ve enürezis sıklığı ile arasında anlamlı ilişki olduğu belirlendi. Enüretik çocukların, normal çocuklardan daha derin uyudukları gösterilmemesine rağmen (31), Akbaba ve ark.'nın çalışmasında enürezis nokturna prevalansı uyku durumu ağır olanlarda hafif ve orta düzeyde olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirtildi. Bu bulgu bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

İYE enürezise yol açabilmektedir. İYE'lerinin enürezisle ilgisi net bir şekilde ortaya konmuştur. Enürezisle birlikte İYE saptanan olgularda üriner sistemde yapısal bir anomali olma olasılığı artmaktadır (32, 33, 34). Bizim çalışmamızda da İYE olanlarda enürezis prevalansı literatür ile uyumlu olarak, olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Ailelerin %83,1'i enüretik çocuğunun tedavisini isterken, %16,9'unun tedavisini istemediği saptanmıştır. Yine ailelerin %53,8'i enürezis için bir şey yapmamış, %47'si bazı geleneksel uygulamaları yapmıştır. Benzer çalışmalarda enürezisin aile tarafından sorun olarak görülmediği, sorunun yaşla birlikte kendiliğinden geçeceği inancı mevcuttur (35, 36). Sıvı kısıtlaması enürezis nokturna şikayeti olan hemen her çocuğa ailelerin kendisi tarafından veya doktor tavsiyesi ile uygulanan yöntemlerden biridir. Ancak tedavideki etkinliği kanıtlanamamıştır (37). Bizim çalışmamızda ailelerin %27,7'sinin sıvı kısıtlaması yaptığı belirlendi. Koca ve ark.'nın çalışmasında ailelerin %90,7'si enürezis tedavisinde ilaç dışı yöntem kullanmış ve ailelerin yaklaşık yarısı sıvı kısıtlamasını uygulamışlardır. Gece çocuğun idrar kaçıracağı saatin tahmin edilerek o saatten önce tuvalete götürülmesi ailelerin sıkça uyguladığı tedavi yöntemlerinden biridir. Yine Koca ve ark.'nın çalışmasında elde edilen sonuçlara göre ailelerin %87 gibi büyük

bir bölümü bu tedavi metodunu uygulamışlardır. Bizim çalışmamızda bu oran %47,3 olarak belirlendi.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamız sonucunda enürezis sıklığının %18,2 olduğu ve ailenin gelir durumu ile enürezis sıklığı arasında anlamlı ilişki olduğu belirlendi. Enüretik çocukların ailelerin yarısına yakını tarafından enürezis tedavisine yönelik geleneksel yöntem ve tekniklerin uygulandığı tespit edildi. Bu nedenle aile sağlığı personeli tarafından eğitim programları hazırlanıp ilköğretim okullarında, halk eğitim merkezlerinde, kitle iletişim araçları ile halk ilgili kuruluşlara yönlendirilerek enürezis tedavisinde etkili yöntemlerin öğretilmesi gerekmektedir. Çalışan doktor, ebe ve hemşireler bu konuda hizmet içi eğitimden geçirilerek, sağlık personeli aracılığıyla enüretik çocukların ailelerine ulaşım enürezisin bir hastalık olduğunun ve erken yaşta tedavinin öneminin halka benimsetilmesi, çocuğun gelişimini daha sağlıklı sürdürebilmesi ve varsa idrar yolları ile ilgili hastalıkların saptanabilmesi için önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Şahin C, Şahin O. Güraksın A. Erzurum İli İlköğretim Okulu Birinci Sınıf Öğrencilerinde Enürezis Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Türk Üroloji Dergisi. 2001; 27 (4): 447-455.
2. Karaman Mİ. Nokturnal Enürezis. Klinik Gelişim. 2008; 21 (3): 38.
3. Görür S, İnandı T, Turhan E, Helli A, Kiper AN. Hatay'da 6-18 Yaş Arası Çocuklarda Enürezis Sıklığı ve Risk Etkenleri. Türk Üroloji Dergisi. 2008; 34 (1): 42-50.
4. Alon U. Nocturnal Enuresis. Pediatr Nephrol. 1995; 9: 94-103.
5. Akbaba M, Kis SU, Sütölk Z, Demirhindi H, Özdener OE, Kis C. Bir Yatılı Bölge Okulunda Enürezis Nokturna Prevalansı ve Nedenleri Taf Preventive Medicine Bulletin. 2008; 7(3).
6. Ergüven M, Çelik Y, Deveci M, Yıldız N. Primer Enürezis Nokturnada Etiyolojik Risk Faktörleri. Türk Pediatri Arşivi. 2004; 39: 83- 7.
7. Koff SA. Enuresis: Walsh PC. Retik AB. Vaughan ED. Wein AJ (eds). Campbell's Urology. 1998; 2: 2055-2068.

8. Akman RY, Çam HK, Şenel F, Erol A. Düzce’de İlkokul Çağı Çocuklarda Enürezis Noktürna Prevalansı. Türk Üroloji Dergisi. 2001; 27 (2): 179-183.
9. Hjalmas KS. The Swedish Enuresis Tri-Al. Scan J Urol Nephrol. 1995; 173: 89-94.
10. Bahalı MK, Tahiroğlu AY, Güzel E, Avcı A. Enürezisli Çocukların Sosyodemografik Özellikleri ve Tedavi Yaklaşımları. Yeni Symposium. 2005; 43 (3): 97-100.
11. Yurtçu M, Bilban S, Dinçer Ş, Bakıcı H, Şahin TK, Günel E. Sağlıklı ve Enüretik Çocuklarda İdrar Tutabilme Yaşlarının Araştırılması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2006; 5(1).
12. Kefi A, Tekgül S, Nokturnal Enürezis. Türk Üroloji Dergisi. 2006; 32 (1): 99-105.
13. Sarılioğlu ÇE, Çalıkoğlu F, Yurdakök MS. Çocuk Hastalıkları Tanı ve Tedavi. Ankara: Güneş Yayınevi. 1993: 940 (2).
14. Van Gool JD, Blomm DA, Butler RJ. Conservative Management in Children Committee. Abrams P, Khoury S, Wein A (eds). Definitions And Terminology. 1st International Consultation on Incontinence. 1998; 495-498.
15. Gümüş B, Vurgun N, Lekili M, İşcan A, Müezzinoğlu T, Büyüksu C. Prevalence Of Nocturnal Enuresis And Accompanying Factors İn Children Aged 7-11 Years İn Turkey. Acta Paediatr. 1999; 88(12):1369-72.
16. Yeung CK. Nocturnal Enuresis İn Hong Kong: Different Chinese Phenotypes. Scandinavian Journal Of Urology And Nephrology Supplement. 1997; 183: 17-21.
17. Delvin JB. Prevalence And Risk Factors For Childhood Nocturnal Enuresis. Irish Medical Journal. 1991; 84: 118-20.
18. Ouedraogo A, Kere M, Ouedraogo TL, Jesu F. Epidemiology Of Enuresis İn Children And Adolescents Aged 5-16 Years İn Ouagadougou. Arch Pediatr. 1997; 4: 947-50.
19. Serel TA, Akhan G, Koyuncuoglu HR, Oztürk A, Doğruer K, Unal S. et al. Epidemiology Of Enuresis İn Turkish Children. Scandinavian Journal Of Urology And Nephrology Supplement. 1997; 31 (6): 537-9.
20. Gür E, Turhan P, Can G, Akkus S, Sever L, Güzelöz S. et al. Enuresis: Prevalence, Risk Factors And Urinary Pathology Among School Children İn Istanbul, Turkey. Pediatrics International. (2004) 46: 58-63.

21. Bozlu M, Çayan S, Doruk E, Canpolat B, Akbay E. Çocukluk Çağı ve Adölesan Yaş Grubunda Noktürnal ve Diurnal Enürezis Epidemiyolojisi. Türk Üroloji Dergisi. 2002; 28 (1): 70-75.
22. Cher TW, Lin GS. Prevalence Of Nocturnal Enuresis And Associated Familial Factors İn Primary School Children İn Taiwan. Journal of Urology. 2002; 168: 1142- 6.
23. Akis N, Irgil E. Enuresis and Effective Factors. Scandinavian Journal Of Urology And Nephrology Supplement. 2002; 36 (3):1999- 2003.
24. Chiozza ML, Bernardinelli L. An Italian Epidemiological Multicentre Study Of Nocturnal Enuresis. Journal of Urology. 1998; 3: 86- 9.
25. Demirören K, Özel A, Demirören S. Enürezisli Çocuklarda Üriner Sistem Anormallikleri. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2006; 20(2): 133-138.
26. Erdem E, Lin A, Kogan BA. Association Of Elimination Dysfunction And Body Mass İndex. Journal of Pediatric Urology. 2006; 2: 364-367.
27. Azhir A, Frajzadegan Z, Adibi A, Hedayatpoor B, Fazel A, Divband A. An Epidemiological Study Of Enuresis Among Primary School Children İn Isfahan, Iran. Saudi Medicine Journal. 2006;27:1572-1577.
28. Wen JG, Wang QW, Chen Y, Wen JJ, Liu K. An Epidemiological Study Of Primary Nocturnal Enuresis İn Chinese Children And Adolescents. European Urology. 2006;49:1107-1113.
29. Hansakunachai T, Ruanqdaraganon N, Udomsubpayakul U, Sombuntham T, Kotchabhakdi N. Epidemiology Of Enuresis Among School –Age Children İn Thailand. Journal of Development Behavior Pediatr.. 2005;26:356-360.
30. Carman KB, Nuhoglu C, Ceran O. İstanbul İli Ümraniye İlçesinde Bir Grup Okul Çocuklarında Enürezis Nokturna Prevalansı. Turk Pediatri Arşivi 2003; 38:153-159.
31. Kawauchi A, Imada N. Changes İn The Structure Of Sleep Spindles And Delta Waves On Electroencephalography İn Patients With Nocturnal Enuresis. BJU 1998; 3: 72- 5.
32. Wan J, Greenfield S. Enuresis And Common Voiding Abnormalities. Pediatr Clinical North America. 1997; 44: 1117-1131.
33. Naçar N, Işık P. Enürezis noktürna. Katkı Pediatri Dergisi. 2000; 21: 895-912.
34. Ekşi A. Enürezis. Neyzi O, Ertuğrul T. (ed) Pediatri, 3. baskı. İstanbul: Nobel; 2002: 1420-1421.

- 35.** Akdağ R, Aşkın R, Sungur NF, Kalaycı G, Örs R. Erzurum'da Fonksiyonel Enürezis Yaygınlığı, Kültürel ve Davranışsal Özellikleri. Karadeniz Tıp Dergisi. 1991 ; 4-5: 126-129.
- 36.** Ünal F. Enürezis Noktürna. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 5:790-801.
- 37.** Vogel W, Young M, Primack W. A Survey Of Physician Use Of Treatment Methods For Functional Enuresis. Journal Development Behavior Pediatr. 1996; 17:90-3.
- 38.** Koca O, Öztürk M, Küçük EV, Akyüz M, Karaman Mİ. Türkiye'de Ailelerin Enüretik Çocuklarına Uyguladıkları İlaç Dışı Tedavi Yöntemleri Ve Oranları, Yeni Üroloji Dergisi - The New Journal of Urology. 2012; 7 (2): 16-19.

THE EFFECT OF UTERINE MASSAGE DURING EARLY POSTPARTUM PERIOD ON UTERUS INVOLUTION AND AMOUNT OF LOCHIA RUBRA

Selda İLDAN ÇALIM¹, Oya KAVLAK²

ABSTRACT

Postpartum hemorrhage is a major cause of maternal mortality and morbidity. The purpose of this study is determine the effectiveness of uterine massage on uterus involution and lochia rubra in the first postpartum 24 hours after vaginal birth. This is an experimental clinic study and the study sample consisted of a total of 60 women – 30 in the study group and another 30 in the control group. Those in the study group received uterine massage for 45 seconds in the first hour postpartum with 15-minute intervals and it was then continued for 45 seconds hourly until the 12th hour postpartum. The findings were evaluated at the 24th hour. The total amount of lochia in 24 hours for the women in the study group (117.60 ±35.09 g) was less than the total amount of lochia obtained from the control group (147.76±46.75 g.) and this finding was found to statistically significant ($t=2.826$, $p=0.007<0.05$). Fundus height at the 24th hour postpartum for the women in the study group (1.76±1.20 cm) was lower than the umbilicus when compared to the fundus height of the women in the control group (1.23±0.95 cm); however, no statistically significant difference was detected ($F=1.997$, $SD=3$, $p=0.116>0.05$). In conclusion, the total amount of lochia throughout the 24 hours postpartum after vaginal birth in the study group was lower than the total amount of lochia for the control group.

Keywords: Uterine Masaj, Postpartum Care, Postpartum Hemorrhage, Loşia Rubra

*This study was presented as a paper at the 1st National Women's Health Nursery Congress, Istanbul/Turkey, on 2-4 November 2009, and was awarded as the Second Best Paper.

¹Öğr.Gör. Celal Bayar University, School of Health, Midwifery Department, Manisa/Turkey

²Doç. Dr. Ege University Faculty of Nursing, Gynecology and Obstetrics Nursing Department, İzmir/Turkey

İletişim/Correspondence Author: Selda İLDAN ÇALIM

Tel No: +90 (236) 239 13 18 e-mail: seldaildan@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 28.08.2013

Kabul tarihi/ Accepted: 15.07.2014

POSTPARTUM ERKEN DÖNEMDE DÜZENLİ FUNDUS MASAJININ UTERUS İNVLÜSYONUNA VE LOŞİA RUBRA MİKTARINA ETKİSİ

ÖZET

Postpartum kanamalar en önemli maternal morbidite ve mortalite nedenidir. Bu çalışma, vajinal doğumdan sonrası, ilk 24 saat içinde yapılan fundus masajının uterus involüsyonuna ve loşia rubra miktarına etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Deneysel bir araştırma olan bu çalışmanın örneklemini 30 çalışma ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 lohusa oluşturmuştur. Çalışma grubuna, ilk bir saatte 15 dakika arayla 45 saniye; 12. saate kadar ise saat başı 45 saniye fundus masajı yapılmıştır. Çalışma grubu kadınların postpartum 24 saatteki toplam loşia miktarı ($117,60 \pm 35,09$ gr) kontrol grubunun toplam loşia miktarından ($147,76 \pm 46,75$ gr) daha az olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t = -2,826$, $p = 0,007 < 0,05$). Çalışma grubu kadınların postpartum 24 saatte ki fundus yüksekliği ($1,76 \pm 1,20$ cm), kontrol grubundaki kadınların fundus yüksekliğinden ($1,23 \pm 0,95$ cm) umblikusa göre daha aşağıda olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($F = 1,997$, $SD = 3$, $p = 0,116 > 0,05$). Sonuç olarak, vajinal doğum sonrası 24 saat içinde çalışma grubunun toplam loşia miktarı kontrol grubuna göre daha az bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Uterus Masajı, Postpartum Bakım, Postpartum Kanama, Loşia Rubra

INTRODUCTION

About 800 women die from pregnancy- or childbirth-related complications around the world every day. In 2013, 289 000 women died during and following pregnancy and childbirth. Almost all of these deaths occurred in low-resource settings, and most could have been prevented (1). The data of the Turkey National Maternal Mortality Study (2005) report a maternal mortality rate of 28.5 in 100,000 live births (2). The Turkish Population and Health Surveys (TNSA- 2008) reported the maternal mortality rate in Turkey to be 19.5 in 100,000 live births (3).

One-fourth of maternal mortality cases result from hemorrhage that starts just before delivery, during or following delivery. Hemorrhages occurring in the first 24 hours postpartum are termed as early postpartum hemorrhages and those that occur after 24 hours are called late postpartum hemorrhage. 15.7 percent of maternal mortality cases are due to postpartum hemorrhage and such mortalities account for over 50 percent of postpartum deaths. One-third of such deaths occur within the first 12 hours after delivery (2, 4-10).

International Confederation of Midwives (ICM) and International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO) are key partners in global Safe Motherhood efforts to reduce maternal death and disability in the world. FIGO and ICM promote evidence-based, effective interventions that, when used properly with informed consent, can reduce the incidence of maternal mortality and morbidity in the world. Severe bleeding is the single most important cause of maternal death worldwide. More than half of all maternal deaths occur within 24 hours of delivery, mostly from excessive bleeding. Every pregnant woman may face life-threatening blood loss at the time of delivery; women with anaemia are particularly vulnerable since they may not tolerate even moderate amounts of blood loss. Every woman needs to be closely observed and, if needed, stabilized during the immediate post-partum period (11-13)

Physiological contraction of the uterus helps placental delivery and vasocontraction of uterine vessels, thus reducing hemorrhage (15-18). Furthermore, periodic uterine fundus massage causes uterus contraction and placental delivery by stimulating local prostaglandin release (6, 12, 18-20).

In the Abdel-Aleem et al. (2006) study: A total of 1964 pregnant women were randomly allocated to 1 of 3 treatment groups: intramuscular oxytocin, sustained uterine massage, or both treatments. Massage was sustained for 30 minutes after delivery and involved manual

stimulation of the whole surface of the uterus using steady repetitive movements by the research midwives. Blood loss within 30 minutes of delivery was recorded. In conclusion uterine massage is less effective than oxytocin for reducing blood loss after delivery.

Uterine massage is performed by pressing gently downward on the fundus and massaging with soft, circular motions using one hand and by supporting the lower part of the uterus just above symphysis pubis using the other hand to expel blood from the uterine cavity and thus to stimulate myometrial contractions (7-9, 21, 22).

Observation of uterine height and consistency constitutes an important part of puerperant care during the postpartum period. Uterus examinations aim to observe uterine height, consistency, and daily involution. The uterus should be palpable. Lack of postpartum uterine contraction is the most common cause of obstetric hemorrhage. If the uterus is not hard, strong fundal massage is indicated. This should be continued until the uterus is hardened (5, 7, 9, 10, 19, 23-25).

In the postpartum period, one of the most important responsibilities of midwives/nurses avoid atonia risk, one of the causes of postpartum hemorrhage, and to provide them with appropriate uterus massage, and to continuously monitor hemorrhage in terms of its amount and color (8-10, 19, 21, 22).

Follow up of women in the postpartum period is important for early diagnosis and treatment of possible complications. In postpartum follow-up, evaluation of uterus involution and uterus massage help diagnosing and treating possible complications earlier. The amount and color of lochia are indicators of the uterus involution and regeneration process; therefore, it is vital to monitor whether these indicators are normal. The amount of vaginal hemorrhage should be recorded and one should make sure that the uterus is well contracted by palpating the fundus (5, 8, 9, 26).

Although it has been reported in the literature that uterine massage performed during the third stage of delivery prevents postpartum hemorrhage and reduces the amount of blood lost (11, 12, 15-18), there is no study that reports on the massage duration in the early postpartum period (in the first 24 hours) and proves its effectiveness. In the light of this information, the present study was planned to determine the effect of regular uterine massage, which is among the important tasks of midwives/nurses, upon uterus involution and the amount of postpartum hemorrhage.

MATERIALS AND METHODS

I. Design

The study was planned as a clinical study with a control group in order to examine the impact of regular uterine massage administered to women giving vaginal delivery in the early postpartum period upon uterus involution and postpartum hemorrhage.

II. Sample

The research was conducted at the T.C. Ministry of Health Dr. Ekrem Hayri Ustundag Hospital for Women's Diseases and Childbirth in İzmir, Turkey.

The study universe consists of women who gave vaginal birth at the T.C. Ministry of Health Dr. Ekrem Hayri Ustundag Hospital for Women's Diseases and Childbirth between 20/06/2007 and 30/07/2007.

The study sample consisted of a total of 60 women – 30 in the study group (massage group) and another 30 in the control group – who gave vaginal birth, met the research criteria (the women with no risks uterus atonia, without any chronic disease, breastfeed their babies, and agreed to participate in the study).

The results of the power analysis performed on 30 massage-group and 30 control-group women showed that the amount of lochia rubra was 81% and average fundal height was 25% in the early postpartum period.

III. Data Collection

The study data were collected by observations about face-to-face interviews and data collection forms. A questionnaire containing 38 questions about the women's socio demographic characteristics, their history of pregnancy and delivery, and information about their births at the hospital and a postpartum evaluation form used to detect the risks in the postpartum period and to monitor the women were prepared by the researchers on the basis of relevant literature.

In accordance with the hospital's procedures, all the women in the control group received only fundus examination in the first hour after delivery with 15-minute intervals and no massage. Those in the study group received uterine massage for 45 seconds in the first

hour postpartum with 15-minute intervals and it was then continued for 45 seconds hourly until the 12th hour postpartum. The findings were evaluated at the 24th hour.

Sanitary pads were weighed and lochia was examined at the 2nd-3rd-4th-6th-9th-12th and 24th hours postpartum. Since first pads were placed at the first hour postpartum after completing the repair of episiotomies and/or perineal lacerations, pad-weighing was started at the second hour. Pad weighing and evaluation of lochia rubra were performed and noted down following uterine examinations and massage.

Involution measurement and examination of uterine consistency, size and line were carried out at the 1st-6th-12th and 24th hours.

Each patient was given standard pads, equal weight and size, and transparent self-locking nylon bags. Furthermore, the women were told how to place their pads and how to store them when they wanted to replace a pad out the hourly routine. The pads were placed into the bags, which were then locked and weighed. Fundus height of all women in the control and study groups was monitored by measuring the centimeters from the fundus down to the umbilicus using a standard measuring tape.

The women in the study group were told not to perform the massage by themselves since the researcher herself would be performing the postpartum uterine massage. Uterine massage was administered to the women in the by the researcher in the same method and by following the literature (7, 9, 21, 22).

IV. Data Analysis

The questionnaire forms used in the study were evaluated by the researcher and the data were recorded by the help of SPSS 15.0 software. The data were evaluated in the Computer Research Application Center at Ege University. The following analyses were performed to evaluate the data collected in accordance with the study purpose.

1. Identifying information about the women in the massage and control groups are given in percent.
2. A chi-square significance test was performed to test whether there was a difference between the women in the massage and control groups with regard to their independent variables.
3. RMA (Repeated Measures Anova) and LSD, One-way Anova and LSD, and t-test were employed to examine the intergroup difference of the total amount of lochia and fundus

height in the massage and control group women and their difference with the independent variables.

V. Ethical Approval

Approval of the Ethics Committee of the School of Nursing, Ege University was obtained. Permission was also obtained from the T.C. Ministry of Health Dr. Ekrem Hayri Ustundag Hospital for Women's Diseases and Childbirth to apply the study. Furthermore, the mothers were informed before the interviews about the study purpose, potential benefits of the research, and the time they would spend on the interviews. Women in the study group gave their written consent, while verbal consent was obtained from the women in the control group.

RESULTS

No statistically significant difference was detected between the massage and control groups with regard to the age, number of pregnancies, number of deliveries, number of miscarriages, number of abortions, weight gain during pregnancy, body mass index at pregnancy, week of pregnancy of the women in the study sample and the status and duration of induction application at labor, duration of the third stage labor (min), time of the first postpartum micturition, time of the first breastfeeding of the newborn, weight of the newborn for the women in the study sample ($p>0.05$). From the findings obtained, it can be concluded that the women in the massage and control groups have a homogenous distribution.

The Repeated Measures Anova (RMA) analysis revealed no significant difference between the average fundus heights of the women in the control and study groups ($F=1.997$, $SD=3$, $p=0.116>0.05$). Fundus heights of the women in the study group were more below the umbilicus particularly at the 12th and 24th hours when compared to the control group; yet, the difference was not found to be statistically significant (Table 1).

Table 1. Postpartum Fundus Height at the 1st-6th-12th and 24th Hours

Time	Fundus Height (cm)					
	Study group			Control Group		
	n	X	Ss	n	X	Ss
1 st hour	30	0.81	0.85	30	0.80	0.76
6 th hour	30	1.31	1.15	30	1.21	0.97
12 th hour	30	1.75	1.16	30	1.31	0.90
24 th hour	30	1.76	1.20	30	1.23	0.95

(p>0.05)

No statistically significant difference was detected between the massage and control groups with regard to postpartum fundus height and pregnancy, parity, newborn's first breastfeeding time (Table 2).

Table 2. Postpartum Fundus Height and Pregnancy, Parity, Newborn's First Breastfeeding Time

	Study group			Control group		
	N	\bar{X}	Ss	N	\bar{X}	Ss
Pregnancy						
1	17	1.62	0.99	17	1.09	1.02
2	6	2.92	0.66	6	1.50	1.05
3	7	1.14	1.46	7	1.36	0.75
Parity						
0	18	1.69	1.02	18	1.08	0.99
1	5	2.90	0.74	5	1.60	1.14
2	7	1.14	1.46	7	1.36	0.75
Newborn's First Breastfeeding Time						
10-19 min	16	1.91	1.31	12	1.21	1.08
20-29 min	9	1.67	0.97	7	0.93	0.73
30 min ve ↑	5	1.50	1.41	11	1.45	0.96

(p>0.05)

Repeated Measures Anova (RMA) analysis revealed a statistically significant difference between the lochia amounts of the control and study group women measured at different times ($F=618$, $SD=1$, $p=0.006<0.05$) (Table 3). The results of the LSD test demonstrated that “post hoc” study group women had lower average lochia amount at the 2nd-3rd-4th-6th-12th hours when compared the control group.

Table 3. Total Amount of Lochia for 24 hours Postpartum

	Amount of Lochia (gr)					
	Study Group			Control Group		
	n	X	Ss	n	X	Ss
2nd hour	30	21.00	10.82	30	24.80	12.55
3rd hour	30	12.83	5.64	30	17.56	7.52
4th hour	30	10.26	4.76	30	13.66	6.22
6th hour	30	13.36	8.49	30	18.30	8.85
9th hour	30	16.40	8.14	30	20.23	12.49
12th hour	30	13.20	6.70	30	23.83	15.28
24th hour	30	30.53	15.80	30	29.36	14.76

($p<0.05$)

The total amount of lochia throughout the 24 hours postpartum for the women in the study group (117.60 ± 35.09 g.) was lower than the total amount of lochia for the control group (147.76 ± 46.75 g.), a difference which was found to be statistically significant ($t=2.826$, $p=0.007<0.05$) (Table 4).

Table 4. Total Amount Of Lochia For Postpartum 24 Hours (gr)

	Total Amount of Lochia		
	n	X	Ss
Study Group	30	117.60	35.09
Control Group	30	147.76	46.75

(p<0.05)

No statistically significant difference was detected between the massage and control groups with regard to total amount of lochia for postpartum 24 hours and pregnancy, parity, newborn's first breastfeeding time (Table 5).

Table 5. Total Amount of Lochia (gr) and Pregnancy, Parity, Newborn's First Breastfeeding Time

	Study Group			Control group		
	N	X	Ss	N	X	Ss
Pregnancy						
1	17	112.47	32.91	17	148.76	52.24
2	6	111.66	20.09	6	153.00	47.20
3	7	135.14	47.54	7	140.85	36.69
Parity						
0	18	112.22	31.94	18	147.22	51.10
1	5	112.40	22.37	5	159.4	49.78
2	7	135.14	47.54	7	140.85	36.69
Newborn's First Breastfeeding Time						
10-19 min	16	116.06	39.68	12	143.16	43.46
20-29 min	9	115.22	29.90	7	148.14	46.40
30 min ve ↑	5	126.80	33.30	11	152.54	54.03

(p>0.05)

DISCUSSION

Guidelines for the prevention of postpartum hemorrhage recommend routine massage of the uterus after delivery of the placenta (1, 13, 22, 23). Uterine massage stimulates uterine contraction, and thus reduces postpartum hemorrhage (1, 14-19, 21-26). However, there has been very little empirical research to evaluate the effectiveness of this method.

At this research, as a result of the analysis performed to examine the average amount of lochia at different times. Statistical difference was found between the massage and control groups' amount of lochia during the time of massage administration (in the first 12 hours). But, there was no difference in the amount of lochia between the study group (30.53 ± 15.80 g.) and the control group (29.36 ± 14.76 g.) after the massage was stopped (12th -24th hour). From this finding, we can conclude that massage is effective in reducing the amount of lochia as long as it is performed.

The amount of lochia are indicators of the uterus involution and regeneration process and the total amount of lochia ranges between 150-400cc (9). In their first randomized study on uterine massage, Abdel-Aleem et al. (2006) arrived at significant results showing that uterine massage performed at the third stage of labor reduces hemorrhage in 30 minutes and 60 minutes.

The total amount of lochia in 24 hours postpartum for the women in the study group (117.60 ± 35.09 g) was less than the total amount of lochia obtained from the control group (147.76 ± 46.75 g.) and this finding was found to be statistically significant ($t = -2.826$, $p = 0.007 < 0.05$). This study demonstrated that uterine massage performed for 45 seconds hourly after delivery is effective in reducing the amount of lochia.

Immediately after the delivery of the placenta, the fundus is slightly below the umbilicus and the uterus later regains its normal size at the 12th day postpartum by shortening about one centimeter per day (5, 7, 24). Average fundus height of the women in the study group at the 24th hour postpartum (1.76 ± 1.20 cm) was more below the umbilicus when compared to the average fundus height of the women in the control group (1.23 ± 0.95 cm); yet, the difference was not found to be statistically significant. This study assessed the strength of power analysis to evaluate fundus height, which was found to be 25%. We believe that statistically significant results can also be obtained if a larger sample of women can be studied. Thus, massage is argued to accelerate the involution process.

CONCLUSIONS

Regular uterine massage performed for 45 seconds hourly after delivery accelerates the involution process. Regular uterine massage is believed to quicken postpartum healing and prevent possible complications. In conclusion, uterine massage is effective after vaginal births. Uterine massage should be done for reduce lochia rubra in the first postpartum 24 hours after vaginal birth.

Limitations of this study include no risk groups in terms of postpartum hemorrhage. We recommend that the efficiency of uterine massage should also be investigated after cesarean births and other groups. Furthermore, there is a need for further studies that will examine the effect of massage on fundus height using larger samples.

REFERENCES

1. World Health Organization. Maternal Mortality (2013).
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> (Access date: June 2014)
2. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (UAÖÇ) 2005. www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/ozet_rapor.pdf. (Access date:2014).
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 Sonuçları. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf> (Access date:2014).
4. Campbell O, Graham W. J. Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting On With What Works. *Lancet* 2006; 368: 1284–1299.
5. Onderoğlu L.S (Çeviri Ed), Levano K.J., Cunningham F.G., Gant N.F., Alexander J.M., Bloom S.L., Casey B.M. et al. Williams Doğum Bilgisi El Kitabı, Ankara, Öncü Printing House, 2004: 377-388.
6. Mathai M, Gülmezoğlu A Metin, Hill S. Saving Women's Lives: Evidence-Based Recommendations for The Prevention of Postpartum Haemorrhage. *Bulletin of The World Health Organization* 2007; 85(4): 322-323.
7. Pasinlioglu T. Doğum Sonu Dönem ve Sorunları. Doğum ve Kadın Hastalıkları El Kitabı. İstanbul, Koç Yayınevi, 2000: 104-126.
8. Sweet B.R. Mayes' Midwifery. A Textbook for Midwives, Tenth Edition. by Hazell, Watson&Viney Ltd, London. 1982: 238-251.

9. Taskin L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara Sistem Basımevi, 7. Baskı, 2005: 341-445.
10. Zlatnik F.J. Dantforth's Obstetric and Gynecology. Seventh Edition, by J.B. Lipincott Company, Philadelphia, 1994: 163-173.
11. FIGO/ICM. Joint Statement Management of the Third Stage of Labour to Prevent Postpartum Haemorrhage. www.pphprevention.org/files/ICM_FIGO_Joint_Statement.pdf (Access date:2014).
12. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine Massage For Preventing Postpartum Haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev 2008 (3):CD006431.
13. Soltani H. Uterine Massage for Preventing Postpartum Haemorrhage: RHL Commentary (last revised: 1 April 2010). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/3rd_stage/Cd006431_soltanih_com/en
14. Mukherjee S, Arulkumaran S. Postpartum Haemorrhage. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine 2009; 19(5):121-126.
15. Schott K, Anderson J. Early Postpartum Hemorrhage After Induction of Labor. Journal of Midwifery & Women's Health 2008; 53(5): 461-465.
16. Abdel-Aleem H, Singata M, Abdel-Aleem MA, Mshweshwe N, Williams X, Hofmeyr GJ. Uterine Massage to Reduce Postpartum Hemorrhage After Vaginal Delivery. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2010; 111: 32-36
17. Anderson J.M. Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. American Family Physician 2007;75 (6): 875-878.
18. Ford JB, Roberts CL, Simpson JM, Vaughan J, Cameron CA. Increased Postpartum Hemorrhage Rates in Australia. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2007;98: 237-243
19. Abdel-Aleem H, Hofmeyr GJ, Shokry M, El-Sonoosy E. Uterine Massage and Postpartum Blood Loss. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2006; 93: 238-239.
20. Bouwmeester FW, Bolte AC, van Geijn HP. Pharmacological and Surgical Therapy for Primary Postpartum Hemorrhage. Current Pharmaceutical Design 2005;11(6): 759-773.

21. Postpartum Women's Health. Retrieved December 12, 2007. www.istanbul.edu.tr/istanbultip/kadin/ds/dsks.html (Access date: 01.12.2012)
22. Postpartum Recommendations. Retrieved October 10, 2010 www.bunyandevlet.gov.tr/ybil/0012.ht (Access date: 01.12.2012)
23. High Risk Pregnancy, Postpartum Hemorrhage, Retrieved October 11, 2010 www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_hrpregnant/postpart.cfm (Access date: 01.12.2012)
24. Ozden S. Lohusalık Fizyolojisi ve Bakımı, in: Cicek MN, Nurgan MT. (Eds.), Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji. Ankara Güneş Tıp Kitabevi, 2007;185-190.
25. Selo-Ojeme D.O. Primary Postpartum Haemorrhage. Journal of Obstetrics and Gynaecology 2002; 22 (5): 463-469.
26. Mungan T. Postpartum Haemorrhage. Papers of the 5th International Congress on Reproductive Health and Family Planning, Ankara, 2007: 225-227.

ANNELERİN ÖKSÜRÜĞÜ OLAN ÇOCUĞA YAKLAŞIMLARI

Esra TURAL BÜYÜK¹, Emine GÜDEK²,
Nurcan KALAYCI³

ÖZET

Bu araştırma annelerin öksürüğü olan çocuklarına yaklaşımlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu kesitsel çalışmada, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Çocuk Hastanesinde yatan sıfır – altı yaş grubu çocuğu olan anneler araştırma grubunu oluşturmuştur. Önceden hazırlanmış, kişisel bilgiler ve öksürüğe yönelik bilgi ve uygulamaları ile ilgili 25 sorudan oluşan anket formları, araştırmacılar tarafından araştırmaya katılmayı kabul eden anneler ile yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Doldurulan anket formları bilgisayar ortamında SPSS 17 istatistik programı ile değerlendirilmiş ve istatistiksel analizler (frekans, % oran ve ki kare) yapılmıştır. $p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Çalışmaya katılan annelerin %33,3'ü 26- 30 yaş arasında, %52,2'si il merkezinde yaşamakta, %83,9'u çekirdek aile tipine sahip, %65,6'sının geliri giderine denk, %32,8'i ilkokul mezunu ve %78,9'u ev hanımıdır. Annelerin % 36,7'si çocuğu öksürdüğünde doktora götürdüklerini, % 72,2'sinin ise doktora danışmadan öksürük şurubu verdikleri görülmüştür. Annelerin öksürüğü olan çocuğa uyguladıkları girişimlere bakıldığında % 72,8'inin ihlamur, nane gibi bitkilerden yararlandıkları, %73,3'ünün mandalina/portakal gibi meyveleri çocuklarına yedirdikleri, %19,4' ü ballı süt içirdiklerini, %15'inin çocuklarının vücuduna viks sürdükleri ve % 15,6'sının da evde buhar uyguladıkları saptanmıştır.

Annelerin doktora danışmadan çocuklarına öksürük şurubu verdiği ve çocuklarının öksürüğünü geçirmek için bazı ilaç dışı uygulamalarda buldukları görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Çocuk, Öksürük, Uygulama

*Bu çalışma 4. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresinde poster sunum olarak sunulmuştur .(2-4 Mayıs 2013 Samsun)

¹OMÜ Sağlık Yüksekokulu Yrd. Doç. Dr.

²OMÜ Sağlık Yüksekokulu Öğr. Gör.

³OMÜ Sağlık Yüksekokulu Ebelik 4. Sınıf Öğrencisi

İletişim/ Corresponding Author: Esra TURAL BÜYÜK
Tel: 0362-3121919- 6354 e-posta: esratural@gmail.com

Geliş Tarihi/Received : 23.09.2013

Kabul Tarihi/ Accepted: 16.07.2014

MOTHERS' APPROACHES TO CHILDREN WITH COUGH

ABSTRACT

This cross-sectional, descriptive study attempts to determine how mothers care for their children when they have a cough. Its sample group included mothers of children under 6 years of age who were hospitalized in the Children's Hospital of Ondokuz Mayıs University. Previously prepared 25 question forms inquiring about personal information and mothers' ideas and practices concerning children's coughing were filled out by the researchers during face-to-face interviews with the mothers who agreed to participate in the study. The completed forms were uploaded to a computer and analyzed using SPSS 17 statistics software, and statistical tests (frequency, percentages and chi-squared) were performed. The significance level was set to $p < 0.05$.

Of the participant mothers, 33.3% were 26-30 years old, 52.2% resided in urban areas, 83.9% were members of a nuclear family, 65.6% had sufficient income to pay their expenses, 32.8% had finished primary school and 78.9% were housewives. Of these women, 36.7% said they visit a doctor when their children have a cough, and 72.2% said that they give cough syrup to their children without consulting a doctor. Considering the kinds of care these mothers give to their children with a cough, 72.8% administer herbs such as linden flowers and mint, 73.3% give their children mandarins or oranges to eat, 19.4% give their children milk with honey to drink, 15% smear Vicks VapoRub on their children's bodies and 15.6% have them inhale steam at home.

It has been seen that some mothers give cough syrup to their children without consulting a doctor and make some non-pharmaceutical practices against cough.

Key Words: Child, Cough, Practices

GİRİŞ

“Alternatif Tedavi Yöntemleri” (ATY), konvansiyonel tıpta yer almayan, yeterince kanıtla dayalı olmayan tedavi uygulamalarını içerir. ATY, sıklıkla doğal olmaları nedeniyle güvenli tedavi yöntemleri olarak bilindikleri ve pazarlandıkları için yan etkilerinin olabileceği göz ardı edilmektedir. Oysa, başta tedavide gecikme olmak üzere bildirilen pek çok yan etkileri bulunmaktadır (1,2). Türkiye genelinde ATY kullanım oranı %36-70 olarak saptanmıştır (3). Ülkemizde sağlık hizmetlerinin yetersiz olması, maddi sorunlar, geleneklerine bağlı bir toplum olmamız gibi etkenlerden dolayı ATY kullanımını sıkıtır. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin doğal ve bu yüzden de zararsız olduğunu düşünmektedirler. Pek çok tamamlayıcı ve alternatif tedavi formlarının her yerde kolayca satılması ve anne-babaların bu tür ürünlere kolayca erişebilmesi de onların bu düşüncelerini pekiştirmektedir (4). Ayrıca yurt dışında yapılan bazı araştırmalarda aileler, ilaçların yan etkilerinin gelişebileceği endişesi duymalarından dolayı alternatif tedavi yöntemlerine yöneldiklerini belirtmişlerdir (1,2). Çeşitli hastalık gruplarına ait ATY kullanımı ile ilgili veriler olmasına rağmen, çocuklar arasındaki genel kullanım oranına ait kapsamlı çalışma pek azdır. Yapılan çalışmalarında ilaç dışı uygulamaların daha çok kronik hastalığı olan erişkin hastalar ile çocuk hastaların aileleri tarafından uygulandığı görülmüştür(5). Fakat sadece kronik hastalıklarda değil aynı zamanda sağlığın sürdürülmesi ve bazı akut semptomların giderilmesinde de ATY kullanılmaktadır. Bozkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ATY kullanma oranı akut hastalığı olan çocuklarda (%75,8), kronik hastalığı olan çocuklardan (%69) daha fazla olduğu görülmüştür(6).

Çocuklarda akut şikayetlerin başında ateşlenmeden sonra en sık görülen semptom öksürüktür. Öksürük genellikle bir hastalık belirtisidir ve viral infeksiyonlarla ilişkidir, tipik olarak çoğu kendiliğinden düzelir. Fakat etkin tedavinin gerçekleşmediği durumlarda daha da önemli sağlık sorunları yaratabilmektedir. Bundan dolayı çocuklarda öksürük önemsenmelidir. Öksürük aileler açısından sıkıntı yaratan bir bulgudur (7). Yapılan çalışmalarda çocukta öksürüğü geçirmek içime hekime danışmadan öksürük şurubu verildiği görülmüştür (8). Aileye öksürük şuruplarının yararlı olmadığı ve olası sakıncalarının olduğu anlatılmalıdır. Kodein öksürük semptomunu etkin bir şekilde baskılar, ancak yan etkileri ve bağımlılık riski nedeniyle çocuklarda kullanımı önerilmez (9). Demir ve Bayat'ın çalışmasında, annelerin %3.8'inin doktor önerisi dışında öksürük şurubu kullandığı ve %1.7'sinin danışmadan çocuğuna antibiyotik içirdiği bulunmuştur (10). Sağlık ekibi bu

konuda aileleri bilgilendirmeli ve aileleri doktora danışmadan evde kendi başlarına çocuğa öksürük şurubu ya da öksürük kesici ilaçlar vermemeleri konusunda uyarılmalıdır.

Ülkemizde öksürüğü geçirmek için farklı geleneksel uygulamalar kullanılmaktadır. Bunlardan bazıları öksürüğü geçirmek için çocuğu terletmek, göğse gazete kağıdı veya yağ koyma, sırtına sıcak havlu veya yün koymak, turp suyuna bal katıp içirme, çocuğa şerbet, kekik, keten tohumu, ıhlamur, çiğ yumurta içirme, pekmez, nane, limon, zeytinyağı, karabiberli süt veya çay içirme, at sütü veya kara eşek sütü içme gibi alternatif tıp uygulamalarıdır (6, 9). Yapılan çalışmalarda bal ve ekinezyanın öksürükte kısmen etkili olduğu görülmüşken yurt dışında yapılan bir çalışmada ise 1- 5 yaş arası çocuklarda ekinezya, propolis ve c vitamini kullanımının üst solunum enfeksiyonlarının gelişimini önlediği fakat öksürüğe etkisi olmadığı görülmüştür (9,11). Bülbül ve arkadaşları, son bir yıl içinde annelerin çocuğu için doktor dışında önerilmiş bir doğal/bitkisel ürün kullananların oranı %27,2 oranında bulunmuş olup bunun %22,5 öksürük şikayeti için kullanılmıştır (12). Bozkaya ve arkadaşlarının çalışmasında ise ailelerin en sık kullandıkları alternatif tıp yöntemleri şifalı bitkiler, tuzlama ve dua yer aldığı görülmüştür (6).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin çoğu anne-babalar tarafından başlatılmaktadır. Yapılan araştırmalarda ailelerin kendilerine yaptıkları bu uygulamaları çocuklarına da uyguladıkları ve çevrelerinde ki ailelere de önerdikleri bulunmuştur. Çalışmalarda ebeveynlerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullandıkları ve çocuklarının doktor ve hemşiresinden bu tedaviyi sakladıkları belirlenmiştir (6, 13). Hatta yurt dışında yapılan bazı araştırmalarda ailelerin sağlık ekibine karşı olumsuz deneyimlerinin alternatif tedavi yöntemlerine yönelmelerinde etkili olduğu görülmüştür (1, 2). Ailelerin çocuklarda sık görülen ateş ve öksürük gibi semptomlarına çocuğun sağlık durumuna ve zamana uygun olmayan ilaçlar ve alternatif tedavi yöntemlerini uygulamaları ya da yanlış seçim nedeniyle tamamen zarar verici uygulamalara yönelmeleri, çocuğun sağlığını daha da olumsuz etkileyebilir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin toplumda kullanımının yaygın olmasına rağmen sağlık çalışanlarının çoğu bu konu ile ilgilenmemekte ve hastaların bu yönünü sorgulamamaktadır (2). Ayrıca ülkemizde annelerin çocuklarında öksürüğü geçirmek için evde uyguladıkları alternatif tıp yöntemlerine ilişkin kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çocukların hastalık durumlarında yaygın olarak kullanılan bu geleneksel uygulamaların önlenmesi, bunlardan yararlı olanların toplumun kültürüne sahip çıkılması adına korunmaya çalışılması, zararlı olanların ise gerekli kişi ve kuruluşlarla işbirliği yapılarak ortadan

kaldırılması için gerekli girişimlerde bulunulmalıdır (14). Ayrıca sağlık çalışanları tarafından da annelere konuya ilişkin bilgi verilmeli, doğru seçim yapmaları konusunda destek olunmaları, geleneksel uygulamaların sonuçları ve yan etkilerinin farkında olmaları sağlanmalıdır. Bu nedenlerden dolayı öksürük gibi çocuklarda sık görülen sağlık şikayetlerini gidermek için ailelerin başvurduğu alternatif tedavi yöntemlerini bilmek önemlidir.

MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmanın evren ve örneklemini Ondokuz Mayıs Üniversitesinde 4-28 Şubat 2013 tarihleri arasında yatan sıfır – altı yaş grubu çocuğu olan toplam 208 anneler araştırma grubunu oluşturdu. Araştırmada örneklem seçilmemiş olup, evreni oluşturan tüm annelere ulaşılması hedeflenmiş ve anketin yapıldığı tarihte, araştırmaya katılmayı kabul eden 180 anne araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmanın yürütülebilmesi için, araştırmaya başlamadan önce kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Çalışmaya katılan annelere, çalışmanın amacı ve bilgilerin gizli kalacağı belirtilerek güven verilmiş ve bu şekilde yanıtların doğruluğuna destek sağlanmıştır. Araştırmada, önceden hazırlanmış, kişisel bilgiler ve öksürüğe yönelik bilgi ve uygulamaları ile ilgili 25 sorudan oluşan anket formu anneler ile yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Doldurulan anket formları bilgisayar ortamında SPSS 17 istatistik programı ile değerlendirilmiş ve istatistiksel analizler (frekans, % oran ve ki kare) yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan annelerin %63,3'ü 20-30 yaş aralığında olup, %52,2'si il merkezinde yaşamakta ve %65,6'sının geliri giderine denktir. Annelerin %32,8'i ilkokul mezunu olduğu, %78,9'unun ev hanımı olduğu görülmüştür. Annelerin % 47,8'i çocuklarının daha önce hastanede yattığını ve %74,4'ü de çocuklarının daha önce enfeksiyon geçirdiğini belirtmişlerdir.

Annelerin çocuklarının öksürüğüne yaklaşımlarına bakıldığında; öksürük olduğunda çocuğunu doktora götürenler %36,7, bazen doktora götürenler %35,6'dır. Annelerin %72,2'si doktora danışmadan kendi başına öksürük şurubu verdiklerini ve annelerin %17,8'de kendi kararları ile çocuklarına antibiyotik verdiklerini belirtmişlerdir (Tablo1).

Tablo 1: Annelerin Çocuklarının Öksürüğüne Yaklaşımları

Özellikler		n	%
Öksürük durumunda doktora götürme	Uyguluyor	66	36,7
	Uygulamıyor	50	27,8
	Bazen	64	35,6
Doktora danışmadan öksürük şurubu verme	Uyguluyor	130	72,2
	Uygulamıyor	33	18,3
	Bazen	17	9,4
Doktora danışmadan antibiyotik verme	Uyguluyor	32	17,8
	Uygulamıyor	132	73,3
	Bazen	16	8,9
Toplam		180	100,0

Annelerin öksürüğü geçirmek için evde çocuklarına yaptıkları ilaç dışı alternatif uygulamalara bakıldığında ise %72,8'i ihlamur ve nane gibi bitkilerden hazırladıkları çayları verdiklerini, %73,3'ü çocuğun öksürüğünü geçirmek için mandalina, portakal ve limon gibi meyveleri daha fazla verdiklerini ve annelerin %19,4'ünün çocuğa ballı süt içirerek öksürüğünü geçirmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir. Annelerin öksüren çocuğun vücuduna viks sürme ve evde buhar uygulama oranlarının %15 olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 2: Annelerin Öksürüğü Geçirmek İçin Evde Yaptığı Uygulamalar

Yapılan Uygulamalar		n	%
Ihlamur ve naneli çay içirme	Uyguluyor	131	72,8
	Uygulamıyor	33	18,3
	Bazen	16	8,9
Mandalina, portakal yedirme	Uyguluyor	132	73,3
	Uygulamıyor	30	16,7
	Bazen	18	10,0
Ballı süt içirme	Uyguluyor	35	19,4
	Uygulamıyor	145	80,6
Vücuda viks sürme	Uyguluyor	27	15,0
	Uygulamıyor	138	76,7
	Bazen	15	8,3
Evde buhar uygulama	Uyguluyor	28	15,6
	Uygulamıyor	144	80,0
	Bazen	8	4,4
Toplam		180	100,0

Annelerin eğitim seviyelerine göre çocuklarının öksürüğüne yaklaşımlarına bakıldığında, doktora götürme ve evde kendi başına öksürük şurubu verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Annelerin öksürüğü geçirmek için ilaç dışı uyguladıkları alternatif tıp yöntemlerine bakıldığında eğitim seviyesi arttıkça annelerin çocuklarına daha fazla C vitamini içeren besinler verdiği ve evde buhar uygulayarak öksürüğü geçirmeye çalıştıkları görülmüştür. Annelerin eğitim durumları ile C vitamini içeren besin alımı ve buhar uygulaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3: Annelerin Öksürüğe Yaklaşımları ile Eğitim Durumları Arasındaki İlişki

Yapılan Uygulamalar		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		x ² , p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Öksürdüğünde doktora götürme	Uyguluyor	18	27,3	14	21,2	22	33,3	12	18,2	8,896
	Uygulamıyor	24	48,0	10	20,0	9	18,0	7	14,0	
	Bazen	17	26,6	18	28,1	18	28,1	11	17,2	
Doktora danışmadan öksürük şurubu verme	Uyguluyor	38	29,2	31	23,8	39	30,0	22	16,9	3,620
	Uygulamıyor	14	42,4	7	21,2	6	18,2	6	18,2	
	Bazen	7	41,2	4	23,5	4	23,5	2	11,8	
İhlamur nane çayı içirme	Uyguluyor	44	33,6	30	22,9	35	26,7	22	16,8	4,539
	Uygulamıyor	10	30,3	9	27,3	11	33,3	3	9,1	
	Bazen	5	31,3	3	18,8	3	18,8	5	31,3	
Mandalina Portakal yedirme	Uyguluyor	41	31,1	30	22,7	32	24,2	29	22,0	17,372
	Uygulamıyor	8	26,7	8	26,7	14	46,7	-	-	
	Bazen	10	55,6	4	22,2	3	16,7	1	5,6	
Ballı süt içirme	Uyguluyor	7	20,0	10	28,6	10	28,6	8	22,9	3,703
	Uygulamıyor	52	35,9	32	22,1	39	26,9	22	15,2	
	Bazen	10	37,0	8	29,6	6	22,2	3	11,1	
Vücuda viks uygulama	Uyguluyor	10	37,0	8	29,6	6	22,2	3	11,1	6,357
	Uygulamıyor	43	31,2	34	24,6	37	26,8	24	17,4	
	Bazen	6	40,0	-	-	6	40,0	3	20,0	
Buhar verme	Uyguluyor	1	3,6	9	32,1	6	21,4	12	42,9	34,988
	Uygulamıyor	58	40,3	31	21,5	41	28,5	14	9,7	
	Bazen	-	-	2	25,0	2	25,0	4	50,0	

Araştırmaya katılan annelerin gelir durumlarına göre çocuklarının öksürüğüne yaklaşımlarına bakıldığında, geliri giderine denk olan annelerin çocuğunun öksürüğünü gidermek için doktora götürmeme oranı diğer gelir seviyelerine sahip annelere göre daha fazla bulunmuş olup bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Annelerin gelir durumları ile evde kendi başına öksürük şurubu verme durumu arasında istatistiksel olarak

anlamli bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Ayrıca annelerin öksürüğü geçirmek için ilaç dışı uyguladıkları alternatif tıp yöntemleri ile gelir durumları arasında da istatiksels olarak anlamli bir ilişki elde edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4: Annelerin Öksürüğe Yaklaşımları ile Gelir Durumları Arasındaki İlişki

Yapılan Uygulamalar		Gelir giderden az		Gelir gidere denk		Gelir giderden fazla		χ^2, p
		n	%	n	%	n	%	
Öksürdüğünde doktora götürme	Uyguluyor	7	10,6	45	68,2	14	21,2	10,590 0,032
	Uygulamıyor	15	30,0	29	58,0	6	12,0	
	Bazen	15	23,4	44	68,8	5	7,8	
Doktora danışmadan öksürük şurubu verme	Uyguluyor	25	19,2	86	66,2	19	14,6	1,666 0,797
	Uygulamıyor	7	21,2	21	63,6	5	15,2	
	Bazen	5	29,4	11	64,7	1	5,9	
İhlamur nane çayı içirme	Uyguluyor	28	21,4	84	64,1	19	14,5	1,336 0,855
	Uygulamıyor	6	18,2	24	72,7	3	9,1	
	Bazen	3	18,8	10	62,5	3	18,8	
Mandalina portakal yedirme	Uyguluyor	20	15,2	92	69,7	20	15,2	12,911 0,082
	Uygulamıyor	8	26,7	19	63,3	3	10,0	
	Bazen	9	50,0	7	38,9	2	11,1	
Ballı süt içirme	Uyguluyor	6	17,1	24	68,6	5	14,3	0,311 0,856
	Uygulamıyor	31	21,4	94	64,8	20	13,8	
Vücuda viks uygulama	Uyguluyor	7	25,9	15	55,6	5	18,5	2,005 0,735
	Uygulamıyor	27	19,6	92	66,7	19	13,8	
	Bazen	3	20,0	11	73,3	1	6,7	
Buhar verme	Uyguluyor	3	10,7	18	64,3	7	25,0	7,542 0,110
	Uygulamıyor	31	21,5	97	67,4	16	11,1	
	Bazen	3	37,5	3	37,5	2	25,0	

TARTIşMA

Araştırmada annelerin çocukları öksürdüğünde doktora götürme oranı %36,7 olup, annelerin %72,2'si doktora gitmeden evde bulunan öksürük şurubu ile çocuklarının öksürüğünü giderdiklerini belirtmişlerdir. Bozkaya ve arkadaşları, anne ve babaların çocuklarına uyguladıkları alternatif tıp yöntemlerini belirlemeye yönelik çalışmasında, çocukları hastalandığında ilk ne yaparsınız sorusuna verdikleri cevaba bakıldığında % 64,5'i doktora götördüklerini ve %19,4'ü evdeki ilaçları kullandıklarını belirtmişlerdir(6). Çocuklarda kullanılan öksürük ve soğuk algınlığı ilaçlarının etkinliği ve güvenirliliği tartışmalıdır. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi 2008'de öksürük ve soğuk algınlığı ilaçların 2

yaş altında kullanılmamasını önermektedir. Ayrıca etkinlikleri kanıtlanmamış olmasına rağmen, birçok öksürük ilacın kullanılması, ciddi sağlık harcamalarına neden olmaktadır (7).

Çalışmada annelerin çocuklarındaki öksürüğü geçirmek için bitkisel ilaçlara (ıhlamur, nane çayları- %72,8) başvurdukları ve çocuklarına daha fazla C vitamini içeren meyvelerden (mandalina, portakal v.s.) yedirdiklerini(%73,3) ifade etmişlerdir. Bülbül ve ark, son bir yıl içinde çocuğu için doktor dışında önerilmiş bir doğal/bitkisel ürün kullananların oranı %27,2 olarak bulunmuş olup, %22,5 öksürük şikayeti için kullanılmışlardır. Çocuğun boğaz ağrısına, tülbent sarma ve şifalı ot içirme gibi ilaç dışı uygulama yapanların oranı diğer çocukluk çağı hastalıklarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada çocukları hastalanan ailelerin doktora götürmek dışında en sık başvurdukları alternatif yöntemin de dua okumak olduğu tespit edilmiştir (12). Topaloğlu ve arkadaşları, ülkemizin batı kesiminde solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda ailelerinin uyguladıkları alternatif tedavi yöntemlerini belirlemeye yönelik çalışmasında, aileler çocuklarının üst solunum yolu enfeksiyonu tedavisinde ilaç dışı uygulamalara başvurduklarını (%39'u bazen, %33,7'si çoğunlukla) belirtmişlerdir. Bu çalışmada ailelerin çocuklarının öksürüğü kesmek veya azaltmak için %30,6'sının bal verdiği ve %14,4'ünün de buhar uyguladığı saptanmıştır (13). Bozkaya ve arkadaşları, ailelerin çocukları hastalandığında seçtikleri, alternatif tedavi yöntemine bakıldığında da balgam söktürücü ve direnç artırıcı olarak keçiyoynuzu ve bitki çaylarından yararlandıklarını ifade etmişlerdir (6). Yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında ailelerin çocuklarında kullandıkları alternatif tedavi yöntemleri olarak en çok bitkisel otları, vitamin ve diğer besin desteklerini kullandıkları görülmüştür (15, 16). Lim ve arkadaşları, ailelerin en çok kullandıkları yöntemlerin multivitamin (%19), C vitamini (%13) ve ekinezya otu (%8) olduğunu ve ailelerin %63'ünün kullandıkları bu yöntemler hakkında hekime danışmadıklarını belirtmişlerdir (17). Öksürüğe yaklaşımda ailelerin çok sık kullandığı bal ile yapılan araştırmada, öksürük şiddetini azaltmada etkili olmadığı, fakat öksürük sıklığını azaltmada plaseboya kıyasla daha etkili olduğu görülmüştür (7). Smith ve arkadaşlarının çalışmasında ailelerin alternatif tedavi yöntemi kullanma nedenleri arasında çocuklarının sağlığını sürdürmek (%39), kas iskelet sistemi (%22) ve solunum sistemi şikayetlerini (%20) gidermek veya azaltmak amacıyla alternatif tedavi yöntemleri kullandıklarını belirtmişlerdir (18).

Araştırmamızda annelerin eğitim seviyeleri arttıkça çocuklarının öksürüğünü geçirmek için doktora götürme ve evde öksürük şurubu verme sıklıklarının azaldığı görülmüş fakat bu

durum istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($P>0,05$). Annelerin öksürüğü geçirmek için çocuklarını C vitamini ağırlıklı besinler yedirme ve buhar uygulama durumları ile eğitim seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmamızda ilkokul mezunu annelerin daha çok çocuklarına c vitamini ağırlıklı besinler verdiği, buhar uygulamasına da daha çok üniversite mezunu annelerin başvurduğu görülmüştür Toplaoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise ailelerin eğitim durumu ile çocuklarına ilaç dışı uygulamada bulunma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptadıkları ve eğitim seviyesi arttıkça ilaç dışı uygulamalara başvurma sıklığının azaldığı görülmüştür (13). Bozkaya ve arkadaşlarının çalışmasında alternatif tıp yöntemi seçimi ile ebeveynlerin eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (6). Bülbül ve arkadaşları ise çalışmayan ve lise mezunu ebeveynler arasında alternatif tedavi kullanımının sık olduğu bulunmuştur (12). Kaya ve arkadaşlarının çalışmalarında ise ebeveynlerin eğitim durumu ile alternatif tıp yöntemi seçimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(19). Orhan ve arkadaşları, astımlı çocuklarda alternatif tıp yöntemleri kullanımı ile ilgili çalışmasında, ailelerin eğitim seviyesi ile alternatif tıp yöntemi kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (20). Daha çok astım şikayeti ile acile gelen çocukların ailelerinin kullandığı ilaç dışı yöntemlerin araştırıldığı çalışmada ise yüksek eğitim seviyesine sahip ailelerin daha çok alternatif tıp yöntemlerine başvurdukları görülmüştür (18). Yurt dışında yapılan araştırmalarda ailelerin eğitim durumları, sağlık güvenceleri, kültürel değeri ve inanışları ile çocuğun yaşı ve cinsiyetinin alternatif tedavi yöntemi kullanma durumlarını etkilediği görülmüştür (1). Davis ve arkadaşları, ileri yaşa sahip, yüksek eğitim seviyesinde ve kendisi için de alternatif tedavi kullanan annelerin çocukları için tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullandıkları görülmüştür (21).

Çalışmamızda annelerin çocuğu öksürdüğünde doktora götürme durumu ile ailenin gelir düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Geliri gidere denk olan annelerin diğer gelir düzeylerindeki annelere göre daha fazla oranda doktora götürdükleri görülmüştür. Kaya ve arkadaşları, ailenin gelir düzeyi ile çocukta alternatif tedavi kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş, düşük gelir düzeyinde ebeveynlerin çocukta alternatif tedavi kullanma oranı daha yüksek bulunmuştur (19). Bozkaya ve arkadaşlarının çalışmasında alternatif tıp yöntemi seçimi ile ailenin aylık gelirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (6). Losier ve arkadaşlarının çalışmasında da ailelerin gelir durumları ile alternatif tıp yöntemleri kullanımı

arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır (16). Bu durum kişilerin kazancı ne olursa olsun kolay ve ucuz olan bu yöntemleri her gelir düzeyine sahip annelerin kullanabileceğini göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada annelerin çocuklarındaki öksürüğünü geçirmek için doktora başvurmadan öksürük şurubu kullandıkları ve bazı alternatif tedavi yöntemlerine başvurdukları görülmüştür. Çocuklarda sık görülen bir şikayet olan öksürük konusunda aileler bilgilendirilmeli ve doktora danışmadan çocuklarına öksürük şurubu vermemeleri konusunda aileler uyarılmalıdır. Alternatif tıp yöntemlerinin her ne kadar öksürüğü geçirmede etkileri tam belirlenmemiş olsa da, ailelerin çocuklarına bu bitkisel ilaçları doktora danışmadan vermemeleri konusunda bilgilendirilmeleri önemlidir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimleri ve hemşirelerinin bu yöntemler hakkında bilgi edinip ailelere doğru yaklaşımlar hakkında yardımcı olmaları gerektiği sonucuna varılmıştır.

KAYNAKLAR

- 1-Kemper KJ, Vohra S, Walls R. American Academy of Pediatrics. The Use Of Complementary And Alternative Medicine In Pediatrics. Pediatrics. 2008;122(6):1374-1386
- 2-Sibinga EM, Ottolini MC, Duggan AK, Wilson MH. Parent-Pediatricians Communication About Complementary And Alternative Medicine Use For Children. Clinical Pediatrics. 2004;43 (4):367– 373
- 3-Tan M, Uzun O, Akcay F. Trends In Complementary And Alternative Medicine In Eastern Turkey. Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2004; 10:861-865.
- 4- Karayağız Muslu G, Öztürk C. Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedaviler Ve Çocuklarda Kullanımı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008;51:62-7.
- 5- McCann LJ, S J Newell SJ. Survey Of Paediatric Complementary And Alternative Medicine Use In Health And Chronic İllness. Archives of Disease in Childhood. 2006; 91:173- 174.
- 6- Bozkaya ÖG, Akgün İ, Birgi E, Çinkoğlu A. Gög K. Karadeniz K. Anne Babaların Çocuklarında Uyguladıkları Alternatif Tıp Yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008;22:129-135.
- 7-Giniş T. Doğru M. Özmen S. Bostancı İ. Çocuklarda Öksürük. Çocuk Dergisi.2010; 10(3):110-115.

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

9-Çelebi S. Çocuklarda Öksürüğe Yaklaşım. Journal Pediatric Infection 2011;5 (1): 253-257.

10-Demir M. Bayat M. Tokat Karşiyaka Doğum Ve Çocuk Hastanesi Acil Servisine Yüksek Ateş Şikayetiyle Getirilen 0–5 Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Yüksek Ateşle İlgili Bilgi Ve Tutumları. Sağlık Bilimleri Dergisi2005; (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 14: 22–29.

11-Cohen HA, Varsano I, Kahan E, Sarrell EM, Uziel Y. Effectiveness Of An Herbal Preparation Containing Echinacea, Propolis, And Vitamin C İn Preventing Respiratory Tract Infections In Children: A Randomized, Double-Blind, Placebocontrolled, Multicenter Study. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2004; 158:217–221.

12-Bülbül SH, Turgut M, Köylüoğlu S. Çocuklarda Tıp Dışı Alternatif Uygulamalar Konusunda Ailelerin Görüşleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2009;52:195-202.

13-Topaloğlu N, Yıldırım Ş, Tekin M, Uludağ A, Özgen K. Türkiye'nin Batısında Solunum Yolu Enfeksiyonu Geçiren Çocuklarda Alternatif Tedavi Uygulamaları. Güncel Pediatri Dergisi 2013; 11: 23-6

14-Özyazıcıoğlu N. Çocuk Bakımında Kültürel Yaklaşım. Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu.9-11 Nisan 2009.Çanakkale. 2009.p:78-82.

15-Sawni-Sikand A, Schubiner H, Thomas RL. Use of Complementary/Alternative Therapies Among Children in Primary Care Pediatrics. Ambulatory Pediatrics.2002; 2:99 103.

16-Losier A, Taylor B, Fernandez CV. Use of Alternative Therapies by Patients Presenting to a Pediatric Emergency Department. The Journal of Emergency Medicine 2005;28(3): 267–271.

17- Lim A, Cranswick N, Skull S, South M. Survey Of Complementary And Alternative Medicine Use At A Tertiary Children's Hospital. Journal of Paediatrics and Child Health 2005; 41: 424-427

18- Smith C, Eckert K. Prevalence Of Complementary And Alternative Medicine And Use Among Children In South Australia. Journal of Paediatrics and Child Health 2006; 42:538–543.

19- Kaya Y, Ergüven M, Tekin E, Özdemir M, Yılmaz Hamzah Ö. Bölgemizde Çocuklarda Bronşial Astım Tedavisinde Alternatif Tedavi Yöntemleri Kullanımı. Çocuk Dergisi 2009; 9(2):84-89.

20- Orhan F, Sekerel BE, Kocabaş CN, Saçkesen C. Complementary And Alternative Medicine In Children With Asthma. Annals of Allergy Asthma Immunol. 2003;90(6):611-615.

21- Davis FM, Meaney JF, Duncan B. Factors Influencing The Use Of Complementary And Alternative Medicine In Children. Journal of Alternative and Complementary Medicine 2004; 10: 740-742.

KLİNİK HEMŞİRELERİNİN ÇALIŞMA SAATLERİNDE İŞ YÜKLERİNİN VE SÜRELERİNİN TANIMLANMASI

S. Sırrı KILIÇ¹ İlknur AYDIN AVCI² Ahmet A. İSMAİLOĞLU³
Sevgi YAZAR⁴

ÖZET

Bu çalışma, Sağlık kuruluşlarında görev yapan klinik hemşirelerinin, bir çalışma gününde zamanlarını nasıl kullandıklarını, hasta bakımına, servis işlerine ve kişisel işlere ne kadar zaman ayırdıklarını tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşirelerden rastgele seçilen dört hemşirenin, mesai saatleri içerisindeki faaliyetleri, gözlem yöntemiyle kayıt altına alınmıştır. Ayrıca, aynı hastanenin Tıbbi Onkoloji Kliniğinde görev yapan hemşirelerden rastgele seçilen 4 hemşireden ikisinin 8 saat; diğer ikisinin de 16 saatlik sürede “adım sayar” aracılığıyla kat ettikleri yol km cinsinden ölçülmüştür.

Yapılan çalışma sonucunda; Tıbbi Onkoloji Kliniğinde, 8 saatlik çalışma diliminde hemşirelerin ortalama 4,482 km yol kat ettikleri görülmüştür. 16 saatlik çalışma diliminde ise, hemşirelerin ortalama 5,21 km yol kat ettikleri tespit edilmiştir. Cerrahi Yoğun Bakımda direkt hasta bakım ve tedavisine ayrılan sürenin (310dk.), Tıbbi Onkoloji Kliniğinde direkt hasta bakım ve tedavisine ayrılan süreden (190 dk) fazla olduğu görülmüştür. Bunda, Cerrahi Yoğun Bakımda yatan hastaların gereksinimlerinin fazla olması ve Tıbbi Onkoloji kliniğinde hastaların yanında refakatçi bulunması önemli bir etkidir. Elde edilen bulgulara göre, Tıbbi onkoloji Kliniğinde, direkt hasta bakımı ile ilgili olmayan uygulamalara ayrılan sürenin, direkt hasta bakım ve tedavisine ayrılan süreden fazla olduğu görülmüştür.

Kliniklerde, hasta bakım ve tedavisine ayrılan süreyi artırmak için, hemşirelerin hasta bakım ve tedavisi dışında üslendiği işler (danışmanlık, malzeme temini, ilaç yerleştirme...vb) azaltılmalıdır. Dünya ülkelerine göre ülkemizde sayıca yetersiz olan hemşirelerin etkin ve verimli kullanılabilmesi için etkin bir kaynak yönetim sistemi kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, İş Yükü Analizi, Zaman Etüdü, Hasta Bakımı

¹ Prof.Dr. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

² Yrd. Doç.Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Doçent Doktor

³ Uzm.Doktor, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

⁴ Hemşire, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İletişim/ Corresponding Author: Sevgi YAZAR

Tel: (362)3112500-1316 **e-posta:** sevgiyazar55@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 29.04.2014

Kabul Tarihi / Accepted:26.09.2014

IDENTIFICATION OF CLINICAL NURSE IN THE WORK HOURS AND HOURS OF WORK LOAD

ABSTRACT

This study has been made to determine how the clinical nurses who work in health institutions use their time and how much time they spend for patients care, service work, and personal affairs.

The nurses, working in Samsun Education and Research Hospital in Department of Medical Oncology and Surgical intensive care unit who were selected randomly by observing direct method within hours of activities has been recorded . Also two nurses of the hospital selected randomly from 4 were measured during 16 hours in terms of kilometre, by the using of “pedometer ” , the other two were measured during 8 hours in terms of kilometre.As a result of work done ; It was found that , In the Medical Oncology Clinic , the nurses get on the average 4.482 km of roads during 8 hours working period.

It has been determined that the nurses got 5.21 km during the 16 hours working period . The allotted time of direct patient care and treatment in the Surgical Intensive Care Unit is longer than the longer allotted time of direct patient care and treatment in the Department of Medical Oncology . In this, too much needs of patients in Surgical Intensive Care Unit and companions with the patients is an important factor . According to the findings, the time of working in the allotted time that are not related directly to patients care and treatment is longer than the time of direct patient care in the Department of Medical Oncology .

In clinics, in order to increase the allotted time for patients , the nurses Works exception of patients , care and treatment (counselling, material supply , drug docking... etc) should be reduced. According to World Countries, in order to use the nurses effectively efficient and effective resource management system should be used.

Keywords: Nurse, Workload Analysis, Time Study, Patient Care

GİRİŞ

Ülkelerin, sosyo-ekonomik açıdan kalkınmışlık düzeylerinin en önemli göstergelerinden biri de sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı; toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini, hastanın istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. Sağlık sektöründe sunulan hizmetler doğrudan insan sağlığı ile ilgili olduğu için hizmet sunan kişilerin niteliği ve güvenilirliği oldukça önemlidir.

Sağlık hizmetleri sunumunda en önemli kaynaklardan biri de insan gücüdür. Sağlık kuruluşlarında hemşireler, bu kaynağın büyük bir bölümünü oluşturur. Hastanelerde hemşirelik hizmetlerinin etkin ve verimli kullanılması, kaliteli hemşirelik hizmeti sunumunun sağlanması ve iyi yönetilmesi, hastanelerin verimliliklerinin artırılmasında büyük önem taşır. Hemşirelerin bir yandan etkin ve verimli çalışması, diğer yandan yüksek kalitede sağlık hizmeti verilmesi, ancak etkin bir kaynak yönetim sistemi ile gerçekleştirilebilir.(6)

Etkin kaynak yönetimi için önemli faktörlerden biri de yeterli sayıda personel istihdamıdır. Ülkemiz, kişi başına düşen hemşire-ebe sayısında Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkelerinin gerisindedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (2012) verilerine göre; 1971 yılında hemşire ve ebe olarak ülkemizde çalışan kişi sayısı 21.612 kişi iken, bu sayı 2011 yılında 176.887 olarak tespit edilmiştir. Aradan geçen 40 yılda yaklaşık 150.000 kişi sektörde hizmet vermeye başlamasına rağmen, ülkemizin nüfus artış hızı karşısında rekabet edememiştir. 2011 yılında yine bir Avrupa ülkesi olan Ukrayna'da hemşire ve ebe sayısı 289.473 iken; 2011 yılında Fransa'da bu sayı 587.099 olarak tespit edilmiştir.(5)

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011 verilerine göre; 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı Türkiye'de 237 iken Avrupa Birliğine Üye ülkelerde 571 ve üst gelir grubu ülkelerde ise 708 olduğu gösterilmiştir (13). Türkiye'deki bu yetersizlik, hemşireler üzerinde; aşırı ve dengesiz iş yüküne, düzensiz ve belirsiz çalışma saatlerine, niteliklere uygun olmayan görev dağılımına sebep olabilmektedir.

Klinikte çalışan bir hemşirenin iş yükü ve hasta tedavi -bakım süresini etkileyen faktörlerle ilgili yapılan çalışmalara göre, bir çalışma gününde hemşirenin iş yükünün ve hasta tedavi -bakım süresinin; klinikte yatan hasta sayısı, klinikteki günlük hasta yatış ve taburcu sayısı, hastanın bakım gereksinimleri, serviste hasta bakımı için yapılan uygulamaların içeriği ve kalitesi, hemşirenin, hizmet sunumundaki bilgi, beceri ve donanımı, hasta ve hasta yakınlarının beklentileri ve algılama düzeyleri, gerekli malzemeye zamanında ulaşım

ulaşmama durumu, kurumun çalışma sistemi, klinikteki hekim sayısı, kliniğin ergonomik yapısı, hemşirenin üstlendiği destek hizmetleri (telefon görüşmeleri, kırtasiye işlemleri, malzeme temin etme... vb) hemşirenin, serviste yürüme mesafesi konularıyla ilgili olduğu tespit edilmiştir.(6)

Bütün bu istatistikler ve analizler ışığında, ülkemizde zaten sayıca yetersiz olan hemşirelerin bir yandan daha etkin ve verimli çalışabilmesi, diğer yandan da yüksek kalitede sağlık hizmeti sunumunun sağlanması için zamanlarını nasıl kullandıkları, hasta bakımına, servisle ilgili ve kişisel işlere (yemek yeme, çay içme, kişisel telefon konuşması... vs.) ne kadar zaman ayırdıklarının bilinmesi gerekmektedir.

Bu çalışma; Sağlık kuruluşlarında görev yapan klinik hemşirelerinin, bir çalışma gününde zamanlarını nasıl kullandıklarını, hasta bakımına, servis işlerine ve kişisel işlere ne kadar zaman ayırdıklarını tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Bu çalışma Aralık 2013 tarihinde Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde yapılmıştır. Araştırmada Gözlem yöntemi kullanılmıştır. Tıbbi Onkoloji Kliniğinde ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşireler arasından rastgele 2’şer hemşire seçilmiştir. Bu hemşirelerin, gözlem yöntemiyle mesai saatleri içerisindeki faaliyetleri gözlemlenerek kayıt altına alınmıştır. Yapılan gözlemlerle ilgili “gözlem formu” oluşturularak bir çalışma gününde hemşirelerin tüm iş yükleri ve süreleri bir kontrol listesinde kayıt altına alınmıştır. Katılarak yapılan gözlemlerde hemşireler standart çalışma günlerinde yapmış oldukları faaliyetleri yapmışlardır. Hemşirelerin araştırmada gözlemlenirken ilgili bilgileri olmamakla birlikte, bir günde katettikleri mesafenin ölçüleceği ve bunun değerlendirileceği kendilerine bildirilerek adım sayar ile ölçümler gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte aynı hastanenin Onkoloji Kliniğinde görev yapan hemşirelerden rastgele seçilen 4 hemşireden ikisinin 8 saat; diğer ikisinin de 16 saatlik sürede “adım sayar” aracılığıyla kat ettikleri yol, km cinsinden ölçülmüştür. Adım sayar km cinsinden sonuç vermektedir. Tıbbi onkoloji Kliniğinde ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşireler iki vardiya halinde, birinci vardiya 8 saat (08-16), ikinci vardiya 16 saat (16-08) olarak çalışmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı tarihte saat 08.00-16.00 saatleri arasında, Onkoloji Kliniğinde; yatan hasta sayısı 25, klinikte çalışan hemşire sayısı 3, ve hemşire başına düşen hasta sayısı ortalama 8'dir. Cerrahi Yoğun Bakımda; yatan hasta sayısı 13, çalışan hemşire sayısı 5, hemşire başına düşen hasta sayısı ortalama 2'dir.

BULGULAR

Tablo-1: Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Kliniği'nde Çalışan Hemşirelerin Kat Ettiği Mesafeyi Gösteren Bulguların Dağılımı

8 saatlik sürede kat edilen mesafe (km)			16 saatlik sürede kat edilen mesafe (km)		
A Hemşire	B Hemşire	Ortalama	C Hemşire	D Hemşire	Ortalama
4,77 km	4,18 km	4,48 km	5,30 km	5,12 km	5,21 km

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde çalışan hemşirelerin çalışma saatleri içerisinde (8 ve 16 saatlik) kat ettiği yol değerlendirildiğinde; 8 saatlik çalışma diliminde hemşirelerin ortalama 4,48 km yol kat ettikleri görülmüştür. 16 saatlik çalışma diliminde ise; hemşirelerin ortalama 5,21 km yol kat ettikleri tespit edilmiştir. (Tablo-1)

Yapılan gözlem sonucunda, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde çalışan hemşirelerin faaliyetleri değerlendirildiğinde (8 saatlik); Hekim ile birlikte hasta ziyaret süresinin ortalama 27,5 dakika olduğu görülmüştür. Hasta yatış işlemlerine (hasta dosyasının doldurulması, hemşire bakım planının hazırlanması, hemşire gözlem kâğıdının yazılması, tedavi ve tetkiklerin bilgisayara kaydedilmesi, hasta ve hasta yakını bilgilendirme, hastanın tedavi işlemleri) ayrılan sürenin ortalama 30 dakika olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Tablo-2: Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği (8 saatlik) Hemşirelik Faaliyetleri ve Faaliyetlere Ayrılan Süreyi Gösteren Bulguların Dağılımı

Yapılan Faaliyetler	Faaliyetlere Ayrılan Süre		
	A Hemşiresi	B Hemşiresi	Ortalama Süre
Hekim ile birlikte hasta vizitesi	30 dakika	25 dakika	27,5 dakika
Hasta yatış işlemleri	30 dakika	30 dakika	30 dakika
Hasta başı tedavi ve bakım	195 dakika	130 dakika	162,5 dakika
Kırtasiye: (Bilgisayar İşlemleri, hemşire gözlem kâğıdı yazma)	75 dakika	70 dakika	72,5 dakika
Kişisel gereksinimler	80 dakika	90 dakika	85 dakika
Diğer: (İlaç yerleştirme, malzeme temini, hasta ve hasta yakını bilgilendirme, hasta ile ilgili telefon görüşmeleri)	70 dakika	135 dakika	102,5 dakika
Toplam Süre:	480 dk. (8 saat)	480 dk. (8 saat)	480 dk. 8 saat)

Hemşirelerin, hasta tedavi ve bakım işlemleri (intravenöz (i.v) katater takma, serum akışındaki aksaklıkları giderme, sonda takma, hastayı girişimsel işlemler ve tetkikler için hazırlama-refakat etme, tedavinin hazırlanması ve uygulanması, konsültasyonlara eşlik etme, katater bakımı, kan alma... vs) sırasında ortalama 162,5 dakika (2 saat 42,5 dk) geçirdikleri;

Kırtasiye (bilgisayar işlemleri, hemşire gözlem kâğıdı yazma) işlerine ayrılan sürenin ortalama 72,5 dakika olduğu, klinik hemşirelerinin, sekiz saatlik çalışma süresi içerisinde kişisel gereksinimlere ayırdıkları sürenin ortalama 85 dakika (1 saat 25dk) olduğu;

Diğer işlemlerden; İlaç yerleştirme, ihtiyaç duyulan malzemeyi temin etme, hasta ve hasta yakını bilgilendirme ve hasta ile ilgili telefon görüşmeleri vb. işlemlere ayrılan sürenin ise ortalama 102,5 dakika (1 saat 42,5dk) olduğu tespit edilmiştir (Tablo-2).

Tablo-3: Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi (8 saatlik) Hemşirelik Faaliyetleri ve Faaliyetlere Ayrılan Süreyi Gösteren Bulguların Dağılımı

Yapılan Faaliyetler	Faaliyetlere Ayrılan Süre		
	A Hemşire	B Hemşire	Ortalama Süre
Hekim ile birlikte hasta vizitesi	45 dakika	30 dakika	37,5 dakika
Hasta yatış işlemleri	30 dakika	30 dakika	30 dakika
Hasta başı tedavi ve bakım	265 dakika	280 dakika	272,5 dakika
Kırtasiye: (Bilgisayar İşlemleri, hemşire gözlem kâğıdı yazma)	50 dakika	50 dakika	50 dakika
Kişisel gereksinimler	20 dakika	20 dakika	20 dakika
Diğer: (İlaç yerleştirme, monitör takibi, hasta ile ilgili telefon görüşmeleri, malzeme temini)	70 dakika	70 dakika	70 dakika
Toplam Süre:	480 dk. (8 saat)	480 dk. (8 saat)	480 dk. (8 saat)

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'nde (8 saatlik) çalışan hemşirelerin faaliyetleri değerlendirildiğinde;

Hekim ile birlikte hasta vizite süresinin ortalama 37,5 dakika olduğu, hasta yatış işlemlerine (hasta dosyasının doldurulması, hemşire bakım planının hazırlanması, hemşire gözlem kâğıdının yazılması, tedavi ve tetkiklerin bilgisayara kaydedilmesi, hasta ve hasta yakını bilgilendirme, hastanın tedavi işlemleri) ayrılan sürenin ortalama 30 dakika olduğu görülmüştür. (Bu sürenin, klinikteki yatış işlemleri süresi ile aynı olmasının sebebi; yoğun bakımda hasta yatış ve karşılama işlemlerinin, birden fazla kişinin katılımı ile gerçekleşmesi, klinikte ise hasta yatış işlemlerinin sadece bir hemşire tarafından yürütülüyor olmasıdır.)

Hemşirelerin, hasta tedavi ve bakım işlemleri (i.v katater takma, serum akışındaki aksaklıkları giderme, sonda takma, hastayı girişimsel işlemler ve tetkikler için hazırlama-refakat etme, tedavinin hazırlanması ve uygulanması, hastaların yara bakımı ve vücut bakımını yapma, konsültasyonlara eşlik etme hastaya pozisyon verme, katater bakımı, kan alma v.s) sırasında ortalama 272,5 dakika (4 saat 32,5 dk.) geçirdikleri;

Kırtasiye (bilgisayar işlemleri, hemşire gözlem kâğıdı yazma) işlemlerine ayrılan sürenin ortalama 50 dakika olduğu;

Yoğun bakım hemşirelerinin, sekiz saatlik çalışma süresi içinde kişisel gereksinimlere ayırdıkları sürenin ortalama 20 dakika olduğu;

Diğer işlemlerden; İlaç yerleştirme, ihtiyaç duyulan malzemeyi temin etme, hasta ve hasta yakını bilgilendirme ve hasta ile ilgili telefon görüşmeleri, monitör takibi... vb işlemlere ayrılan sürenin ise ortalama 70 dakika (1 saat 10 dk) olduğu tespit edilmiştir. (Tablo:3)

TARTIŞMA

Literatürde hemşirelerin çalışma saatlerinde iş yükleri ve bu iş yüklerine ayırdıkları sürelerle yönelik yapılan çalışmaların oldukça sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle tartışma bu yönüyle sınırlı olacaktır.

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde görev yapan hemşirelerden rastgele seçilen 4 hemşireden ikisinin 8 saat; diğer ikisinin de 16 saatlik sürede “adım sayar” aracılığıyla kat ettikleri yol km cinsinden ölçülmüştür. Yapılan ölçüm sonucunda; 8 saatlik süre içerisinde iki hemşirenin ortalama kat ettikleri yol 4,48 km, 16 saatlik süre içerisinde diğer iki hemşirenin ortalama kat ettikleri yol 5,21 km olarak bulunmuştur. 16 saatte kat edilen mesafenin 8 saatlik sürede kat edilen mesafeye yakın olması, 16 saatlik vardiyada, hemşirelerin saat 24.00 ten sonra dönüşümlü olarak dinlenmeye zaman ayırmalarından kaynaklanmaktadır. Elde edilen sonuçlar, hemşirelerin uzun süre ayakta kaldığını göstermektedir. Ayakta kalma sürelerinin fazla olmasında, hasta bakım ve tedavisi ile ilgili olmayan uygulamalar önemli etkindir. Uzun süre ayakta duran veya uzun süreli aynı pozisyonda kalan hemşirelerde, damar hasarı ve varis gelişme riskinin artacağı düşünülmektedir.

Göçmen G. ve diğerlerinin yaptığı çalışmada, (2012) 10 saatlik gündüz vardiyasında hemşirelerin zamanlarının; Direkt bakım uygulamalarına % 37, Kayıtlara %12, Tanılamaya % 19, Hemşirenin görevi olmayan uygulamalara % 15, Hasta ile ilişkili dolaylı uygulamalara % 11, Bireysel aktivitelere % 6'sını ayırdıkları bulunmuştur (7).

Yine Kaya ve ark. yaptığı çalışmada (2011), Direk bakım uygulamalarına %43,2, Tanılama %23,2 Kayıtlar %21,6 Hemşirenin görevi olmayan uygulamalar %6,9, Hasta ile ilişkili dolaylı uygulamalar %4,1 ve bireysel aktiviteler %1,1 bulunmuştur (8). Kiekkas ve

arkadaşlarının çalışmasında anestezi sonrası bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin zamanlarının %35 ini bakım işlerine, %11.6 hasta değerlendirme, %7 hasta ile iletişim, %7.2 diğer kişilerle iletişim, %8.6 hemşirelikle ilgili yazışmalar ve büro işleri, %2.3'ü hemşirelikle ilgili olmayan aktiviteler ile %18.8'i personel aktiviteleriyle ilgili harcadıkları bulunmuştur (21). Harrison ve Nixon'un çalışmasında ise genel yoğun bakımda çalışan hemşirelerin zamanlarının %85'ini direkt hasta bakımı uygulamalarına ayırdıkları görülmektedir (22).

Yaptığımız çalışmada, sekiz saatlik zaman diliminde, hasta bakım ve tedavi ile hasta vizite süresi (Cerrahi Yoğun Bakımda ortalama 310 dk. , Tıbbi Onkoloji Kliniğinde ortalama 190 dk.), hasta yatış işlemlerine ayrılan süre (Cerrahi Yoğun Bakımda ortalama 30 dk. , Tıbbi Onkoloji Kliniğinde ortalama 30 dk.), kırtasiye işlemlerine ayrılan süre (Cerrahi Yoğun Bakımda ortalama 50 dk. , Tıbbi Onkoloji Kliniğinde ortalama 72,5 dk), diğer işlemlere (ilaç yerleştirme, malzeme temini, hasta yakını bilgilendirme, hasta ile ilgili telefon görüşmeleri, monitör takibi) ayrılan süre (Cerrahi Yoğun Bakımda ortalama 70 dk. , Tıbbi Onkoloji Kliniğinde ortalama 102,5 dk), kişisel gereksinimlere ayrılan süre (Cerrahi Yoğun Bakımda ortalama 20 dk. , Tıbbi Onkoloji Kliniğinde ortalama 85 dk.) olduğu görülmüştür.

Yapılan araştırma sonuçlarındaki farklılıklar; sağlık kuruluşunun mimari yapısı, kuruluşun hizmet sunum süreci, destek hizmetlerin çeşitliliği, hasta profili, hekime ulaşım durumu, çalışan hemşire sayısı, tıbbi araç gereç durumu, kuruluşun teknolojiden yararlanma durumu, uygulamaların yoğunluğu, serviste çalışan hemşirelerin beceri durumlarındaki farklılıklardan kaynaklanabilir. Yapılan bu çalışma, tek bir kamu hastanesinde kısıtlı sayıda klinik ve hemşire ile yapıldığından; sonuçları, geneli yansıtmayabilir.

Literatürde yapılan çalışmalar ile bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre; kliniklerde direkt hasta bakımı ile ilgili olmayan uygulamalara ayrılan sürenin, direkt hasta bakım ve tedavisine ayrılan süreden fazla olduğu görülmektedir. Bu durumun; hemşire iş yükünün artmasına, verilen bakım hizmetinin kalitesinin düşmesine tıbbi hataların artışına sebep olacağı düşünülmektedir.

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde yapılan çalışmada; Cerrahi Yoğun Bakım ünitesinde, hemşirenin; hasta bakım ve tedavisine ayırdığı sürenin, Onkoloji Kliniğinde çalışan hemşirenin, hasta bakım ve tedavisine ayırdığı süreden daha fazla olduğu görülmüştür. Bunda; Cerrahi Yoğun Bakımda yatan bir hastanın gereksinimlerinin, Onkoloji Kliniğinde yatan hasta gereksinimlerinden fazla olması

ve Onkoloji Kliniğinde, hemşire başına düşen hasta sayısının (8 hasta), Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesindeki hemşire başına düşen hasta sayısından (2 hasta) fazla olması ve Onkoloji Kliniğinde hastaların yanında, refakatçi bulunması önemli bir etkidir.

Tıbbi Onkoloji Kliniğinde, kişisel gereksinimlere ayrılan süre; Cerrahi Yoğun Bakımda kişisel gereksinimlerine ayrılan süreden daha fazladır. Hastaların tedavi ve bakım gereksinimlerindeki farklılık, Tıbbi Onkoloji Kliniğindeki fiziki çalışma ortamının dinlenmeye uygun oluşu ve hastaların yanında refakatçi bulunması, Tıbbi Onkoloji Kliniğindeki kişisel gereksinimlere ayrılan süreyi artırmıştır.

Bu çalışmada, Tıbbi Onkoloji Kliniğinde, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, hastanın yanında refakatçi bulunması ve bakım gereksinimlerinin birçoğunun refakatçi tarafından karşılanması, klinik çalışmasında hasta bakım ve tedavi anlayışı yerine, hasta tedavi merkezli anlayışın bulunması, hemşirelerin, hizmet sunumu sırasında, hasta bakım ve tedavisi dışındaki işlere de (malzeme temini, danışmanlık yapma, ilaç yerleştirme, telefonlara bakma.... vb) zaman ayırmak zorunda kalması, klinikteki sağlık hizmetlerinin bir plan ve program dâhilinde yürütülüyor olmaması, hasta bakım ve tedavisine ayrılan süreyi azalttığı görülmüştür. Morris ve arkadaşlarının çalışmasında hemşire iş gücünün azaltılmasının hasta bakım kalitesinde artışla sonuçlanacağı belirtilmiştir (23). Padilha ve arkadaşlarının çalışmasında ise hemşirelerin bir çalışma periyodunda hemşirelik aktivite skorundan %63.7 puan aldıkları ve hasta sayısı arttıkça iş yükünün arttığı sonucunu bulmuşlardır (24). Bu araştırmadan elde edilen sonuç literatürle benzerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kliniklerde, hasta bakım ve tedavisine ayrılan süreyi artırmak için, hemşirelik faaliyetleri ve bu faaliyetlere ayrılması gereken süreler yeniden belirlenerek “hasta bakım merkezli” sistemler oluşturulmalıdır. Hemşire tarafından doldurulması gereken belge ve dosyalar mümkün olduğu kadar sadeleştirilmeli, çalışanların, elektronik bilgi sistemlerinden maksimum düzeyde yararlanmaları sağlanmalıdır. İş kolaylaştırıcı uygulamalara geçilmelidir. (Örneğin: Bilgisayar sistemi üzerinden hekim orderlerinin, direkt hastane eczanesinden görülmesi sağlanarak, hemşirelerin, bilgisayar üzerinden ilaç istemine ayırdığı süreden tasarruf edilebilir.) Hemşirelerden beklenen iş ve roller açık olarak belirlenmeli, hasta bakım

ve tedavisi dışında üslendiği işler (danışmanlık, malzeme temini, ilaç yerleştirme... vb) azaltılmalıdır.

Yönetici konumundaki hemşirelerin, kendi kurumları için mevcut durumu ortaya koymaları, yasalar ve kurum kuralları çerçevesinde hemşirelerin görev-yetki ve sorumluluklarını yeniden gözden geçirmeleri ve yeni bir organizasyon ile gerekli değişimi yapmaları yararlı olacaktır. Kliniklerde bilgilendirme alanları oluşturularak hasta ve hasta yakınının bilgilendirme saatleri belirlenmeli, gereksiz zaman kayıplarının önüne geçilmelidir. Hemşireler zaman yönetimi konusunda bilinçlendirilmelidir. Kliniklere hemşire istihdamı yapılırken, hasta sayısının yanında klinikteki hasta profili ve iş yoğunluğu da dikkate alınmalıdır. Etkin ve kaliteli hemşirelik hizmeti için, hasta başına düşen hemşire sayısı yeterli olmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Aiken L.H, Clarke S.P, Sloane D.M, Sochalski J.A, Busse R, Clarke H, Giovannetti P, Hunt J, Rafferty A.M, Shaiman J. Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries. Health Affairs 2001; 20 (3): 43-53.
2. Biçim S. Acıbadem Hastanesi (ACB) Genel Yoğun Bakım Ünitesi (GYBÜ) Çalışanlarının Gece ve Gündüz Mesaisindeki İşlere Harcadıkları Zamanın İncelenmesi. Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği III. Ulusal Kongresi; 06-08 Ağustos 2007, Antalya. 2007.
3. Türkiye Sağlık Sektörü Raporu Uluslararası Yatırımcılar Derneği. 2013. ss:24. http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Turkey/Local%20Content/Articles/YASED_T%C3%BCrkiye%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sekt%C3%B6r%C3%BC%20Raporu.pdf (erişim tarihi: 10.12.2013)
4. Dikmetaş E. Doktora Tezi; “Elektronik Bilgi Sistemi ve Çalışma Yaşam Kalitesi: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri İbni Sina Hastanesi Çalışanlarına Yönelik bir Araştırma” Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Ersen Aloğlu. Ankara-2004.
5. Dünya Sağlık Örgütü Ülkelere Göre Mutlak Sayılar İstatistik ve Analizleri 2012. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1443?lang=en> (erişim tarihi: 28.08.2013)
6. Ekici D. Sağlık Bakım Hizmetinin Yönetimi. 1. Baskı. ISBN - 978-605-86352-1-0 Ankara- 2013. ss: 49-51

7. Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Yükünün Belirlenmesi. Acıbadem Hemşirelik Dergisi 2012; ss: 2-4 http://www.acibademhemsirelik.com/bilimsel_calisma/2012_yogun_bakim.pdf (erişim tarihi: 17.12.2013)
8. Kaya H, Kaya N, Turan Y, Tan Y.M, Terzi B, Barlas D.B. Nursing Activities In Intensive Care Units In Turkey. International Journal of Nursing Practice 2011; ss: 304-314 DOI: 10.1111 (/j.1440-172X.2011.01941.x Science Citation Index Expanded)
9. Mollaoğlu M, Kars Fertell T, Özkan Tuncay F. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına ilişkin Algılarının Değerlendirilmesi. 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi; 20-24 Ekim 2009, Sivas.2009.
10. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi 2010; 8 (2): 100 -111.
11. Özdemir N, Horshıd L. Hemşirelerde Varis Belirti ve Yakınmalarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006; 22(1): 19-35
12. Perim A. Yüksek Lisans Tezi; “Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma Ve Uygulama Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi” Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak. Edirne-2007
13. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2011 Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Yayın No: 885. ISBN: 978-975-590-425-2 Ankara-2011. ss: 128
14. 14.Sayek F. Türkiye’de Sosyalleştirmenin 50 Yılı. 1. Baskı. ISBN: 978-605-5867-65-2 Ankara- 2011. ss: 37-38
15. Selvi Y, Özdemir P, Özdemir O, Aydın A, Beşiroğlu L. Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010; 23 (4): 238-243.
16. Tan M, Polat H, Şahin Z. Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2009; (4): 67-77.
17. Türk Hemşireler Derneği. 7 gün-24 Saat/ Hasta Başında Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. Ankara-2008. <http://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=>

web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fmebk12.meb.gov.tr%2Fmeb_iys_dosyalar%2F71%2F03%2F962726%2Fdosyalar%2F2013_04%2F04111333_trkhemrelderne.docx&ei=sleU9fIEYqy7AbH3oCgDA&usg=AFQjCNG8QPGOyXICJu_QDPdrmgphUkEJ_Q&sig2=xNi8iL emwWYr3g2Xeg6Nyw (erişim tarihi: 12.12.2013)

18. Türkmen E, Uslu A. Özel Bir Hastanede Hemşirelerin Dolaylı Bakım Uygulamalarının Değerlendirilmesi. İ.U.F.N. Hem. Dergisi 2011; 19 (2): 60-67.

19. Top M, Ünal D, Gider Ö. Hastane Sektöründe İş Performansını Etkileyen Örgütsel Değişkenlerin (Faktörlerin) İncelenmesi: Kayseri ve Kocaeli İllerindeki Hemşireler Üzerine Bir Alan Araştırması. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi; 28 Nisan – 01 Mayıs 2010, Manavgat- Antalya. 2010.

20. Yüksel İ. Hemşirelerin İş Güçlüğü Oluşturan Değişkenlerin İş Doyumu, İş Gerilimi Ve Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisinin Analizi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2003; 13 (1): 261-272.

21. Kiekkas P, Pouloupoulou M, Papahatzi A, Androutsopoulou C, Maliouki M, Prinou A. Nursing Activities And Use Of Time In The Postanesthesia Care Unit. J Perianesth Nurs. 2005 Oct;20(5):311-22.

22. Harrison L, Nixon G. Nursing Activity In General Intensive Care. J Clin Nurs. 2002 Mar; 11(2): 158-67.

23. Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P. and Hyde, A. Reconsidering The Conceptualization Of Nursing Workload: Literature Review. Journal of Advanced Nursing, 2007, 57: 463–471. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04134.x

24. Padilha KG¹, de Sousa RM, Garcia PC, Bento ST, Finardi EM, Hatarashi RH. Nursing Workload And Staff Allocation In An Intensive Care Unit: A Pilot Study According To Nursing Activities Score (NAS). Intensive Crit Care Nurs. 2010 Apr;26(2):108-13. doi: 10.1016/j.iccn.2009.12.002.

GELECEĞİN SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİK DÜZEYLERİ İLE SOSYAL DESTEK ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Aynur ÇETİNKAYA¹, Dilek ÖZMEN²,
Çiçek FADİLOĞLU³

ÖZET

Araştırmanın amacı geleceğin sağlık profesyonelleri olan hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu öğrencilerinin öz etkililik-yeterlik düzeylerini belirlemek ve sosyal destek algıları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın evren ve örneklemini Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda (CBÜ SYO) öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler oluşturmuştur (N=419). Çeşitli nedenlerle veriler 334 öğrenci üzerinden değerlendirilmiştir (n= 334, Katılım hızı: % 80). Verilerin toplanmasında; "Sosyo-demoŞekil Bilgi Formu", "Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ)" ve "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)" kullanılmıştır. Veriler 2008-2009 öğretim yılında toplanmış ve SPSS for Windows 15.0 istatistik programında değerlendirilmiştir.

Öğrencilerin yaş ortalaması 20,7 ±1,7 (Min: 17-Maks:27) olup, % 74,3'ü kızdır. Öğrencilerin % 64,3'ü düz lise mezunu ve % 74,9'u ailesinin gelirini giderine denk olarak tanımlamışlardır. ÖEYÖ toplam puan ortalaması 89,03±1,49 olup, puan aralığı olarak yüksek düzeyde saptanmıştır. ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ise 69,71± 13,85' tir. ÖEYÖ ile ÇBASDÖ arasında korelasyon değeri r=0,321 olup, orta düzeyde pozitif yönde ilişki saptanmıştır (p<0,001).

Geleceğin sağlık profesyonellerinin, öz etkililik-yeterlik düzeyleri ve sosyal destek algılarının yüksek bulunması çağdaş roller arasında yer alan değişim ajanı rolünü yerine getirmelerinde umut vericidir.

Anahtar kelimeler: Öz etkililik-yeterlik, Sosyal Destek, Hemşirelik, Ebelik ,Sağlık.

¹ Öğr. Gör. Dr., Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği AD.

² Doç. Dr., Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği AD.

³ Prof. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

İletişim/ Corresponding Author: Aynur ÇETİNKAYA
Tel: 0 236 2391318 **e-posta:** aynurcackmakci@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received : 21.08.2013
Kabul Tarihi / Accepted: 29.09.2014

RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT PERCEPTIONS AND SELF-EFFICACY LEVELS OF THE FUTURE HEALTH PROFESSIONAL

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the self efficacy levels and analyze relationship between social support perceptions of students of nursing, of midwifery and of health officer who are the future's health care providers.

Sampling and the universe of this descriptive study is constituted by the students of Celal Bayar University School of Health (CBU SH) who accepted to take part in this research (N=419). Data were evaluated on 334 of students for different reasons (n=334; participation rate= 80%). For data collection "Socio-Demographic Data Form", "The Self-Efficacy Scale (SES)" and "Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (MSPSS)" were used. Dates' were collected in 2008-2009 education year and assessed in SPSS for Windows 15.0 statistical program.

Average age of the students is 20.7 ± 1.7 (Min: 17-Max:27) and, 74.3% of them are female. 64.3% of the students are graduated from regular high school and they defined their families as income is balanced to the expenses. Total average score of SES is 89.03 ± 1.49 and found in high level as score range. Total MSPSS average score is 69.71 ± 13.85 . Correlation value between SES and MSPSS is $r=0.321$ and moderate positive correlation was determined ($p<0.001$).

Higher findings of self efficacy levels and social support perceptions of the future health professionals' is hopeful for their performance as change agent in contemporary roles.

Key Words: Self Efficacy, Social Support, Nursing, Midwife, Health .

GİRİŞ

Öz etkililik-yeterlik (ÖEY) kavramı ilk kez 1977 yılında Albert Bandura tarafından, “Bilişsel Davranış Değişimi” kapsamında ileri sürülmüştür. Güçlü bir bireysel yeterlilik duygusunun daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı ve daha yeterli sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu kavram okul başarısı, emosyonel bozukluklar, mental ve fiziksel sağlık, kariyer seçimi ve sosyopolitik değişim gibi pek çok farklı alanda kullanılabilir (1, 2). Teknik olarak “Algılanan ÖEY” şeklinde isimlendirilmekte ve bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize etme ve başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendi inancı olarak tanımlanmaktadır. İnsanların sahip oldukları ÖEY inançları onların nasıl hissedeceklerini, düşüneceklerini, davranacaklarını ve kendilerini nasıl motive edeceklerini belirler. Belirli alanda ÖEY algısı yüksek olan bireyler, kendilerini yetersiz olarak algılayanlardan daha farklı düşünür, hisseder ve davranırlar (3-5).

Alan yazında, öğrencilerin ÖEY düzeyi ile yeteneklerini algılamaları, derslerdeki başarıları ve akademik performansları vb. arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirtilmiştir (1,2,5-7). Bu nedenle ÖEY algısının yüksek olmasının, günümüzde tüm profesyoneller için olduğu kadar gelecekte hemşire, ebe ve sağlık memuru olacak öğrenciler için de gerekli ve önemli olduğu anlaşılmaktadır (1). Sağlık profesyonelleri yetiştiren üniversitelerde lisans eğitiminin hedefi; öğrenciye bilişsel, duyuşsal ve psikomotor boyutta temel bilgi, beceri ve tutumlar kazandırmaktır. Eğer bu öğrencilerin ÖEY düzeyi bilinirse; öğrenmelerini kolaylaştıracak stratejiler geliştirmeleri konusunda yardım edilebilir. Böylece öğretim elemanlarının öğrencilerini, öğrencilerin de kendilerini daha iyi tanımları sağlanabilir. Çünkü bilişsel, güdümsel ve davranışsal olarak kendi öğrenme sürecine aktif olarak katılan, düzenli ve sistemli bir şekilde çalışan öğrencilerin öğrenmelerinin kolaylaştığı, daha başarılı olduğu ve ÖEY düzeyinin yüksek olduğu bilinmektedir (1, 5).

Bireyin ÖEY algısının davranış değişikliğini başlatmadaki potansiyel etkisini değerlendirmek için, ÖEY algısının ölçüldüğü çalışmalar vardır (ağrı kontrolü, kendi kendine meme muayenesi, problem çözme, başa çıkma, işçilerin işitme duygusunu korumaları, kadınların sağlığı geliştirici davranışları vb.). Bireyin davranış değişimi sürecinde, onu destekleyen eş, arkadaş ve iş çevresi, değişimin başlatılması ve sürdürülmesinde önemli olan sosyal destek sistemleridir (4). Sosyal desteğin tanımı ve işleyişi konusunda görüş ayrılıkları olmakla birlikte genel olarak bireye çevresindeki insanlar tarafından yapılan yardım olarak tanımlanır (8). Sosyal destek ile ÖEY arasında var olan ilişkiye bakılırsa; sosyal destek,

bireyin ÖEY algısının oluşmasında ve sürdürülmesinde önemli bir faktör olarak görülmektedir. Diğer yandan olumlu sağlık davranışının başlatılması ve sürdürülmesinde bireyin sosyal çevresindeki olumlu rol modellerden yararlanılması önerilebilir. Ayrıca bireyin sosyal çevresi, davranışı başlatma ve sürdürmede engeller ya da riskli durumları bilmede ve önlem almada önemlidir (4).

ÖEY algısı bireyin gereken davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine olan inancı olup, gelecekte değişim ajanı olacak tüm profesyoneller için gerekli ve önemlidir. Araştırma, geleceğin sağlık profesyonelleri olan hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu bölümleri öğrencilerinin ÖEY düzeylerinin belirlenmesi ve sosyal destek algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL ve METOT

Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın evren ve örneklemini CBÜ SYO'nda öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler oluşturmuştur (N=419). Çeşitli nedenlerle (ölçek maddelerinin eksik yanıtlanması, çift yanıtlar olması vb.) veriler 334 öğrenci üzerinden değerlendirilmiştir (n=334, Katılım hızı: %80).

Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan araçlar şunlardır:

Sosyo-DemoŞekil Bilgi Formu: Alan yazın doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmış, öğrencilerin sosyo-demoŞekil özelliklerini belirleyen 24 sorudan oluşan anket formudur.

Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ): Bu ölçek kendi kendine değerlendirme ölçeğidir. Bireyin etkililiği-yeterliğini algılayabilmesi bakımından ergen ve yetişkinlere uygulanır. Sherer ve arkadaşları tarafından 1982 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği 1999 yılında Gözüm ve Aksayan tarafından yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81, test-tekrar test güvenilirliği 0.92 olarak bulunmuştur (9). Bu araştırmada da Cronbach alfa değeri 0.71 olarak bulunmuştur. Yirmi üç ifadeden oluşan 5'li Likert tipi ölçekten en az 23, en çok 115 puan alınabilmektedir. Ölçeğin dört alt grubu vardır; davranışa başlama, davranışı sürdürme, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği genel ÖEY algısının yüksek, toplam puanın düşüklüğü ise genel ÖEY algısının düşük seviyede olduğuna işaret etmektedir (10).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): Zimmet ve arkadaşları tarafından 1988’de geliştirilmiş olup bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik bir ölçektir. Türkiye’de 1995 yılında Eker ve Akar tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Toplam 12 maddeden oluşan ölçek “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan), Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin aile, arkadaş, özel kişi desteğini belirlemek üzere dört maddeden oluşan üç alt ölçeği vardır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir (11). Bu çalışma için ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,88 olarak bulunmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi:

Veriler 2008-2009 öğretim yılında toplanmış ve SPSS for Windows 15.0 istatistik programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı-yüzde dağılımları, puan ortalamaları, Pearson Korelasyon Testi ve Basit Doğrusal Regresyon Analizi kullanılmıştır. Çalışmanın yürütülmesi için C.B.Ü. S.Y.O. Müdürlüğü’nden gerekli izin ve öğrencilerden de gerekli açıklamalar yapılarak, sözlü onam alınmıştır. Daha sonra isteyen öğrencilere (rumuz yazmaları ve isteklerini belirtmeleri koşuluyla) bireysel olarak ÖEYÖ puan düzeyleri ve ne anlama geldiği bildirilmiştir.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $20,7 \pm 1,7$ (Min: 17-Maks:27) olup, %74,3’ü kızdır. Öğrencilerin %64,3’ü düz lise mezunu, %94,3’ü çalışmamakta ve %74,9’u ailesinin gelirini giderine denk tanımlamışlardır. Çoğunluğu (%46,4) yurttta kalmakta ve %82,9’u ailesi ile ilişkilerini genel olarak iyi olarak ifade etmişlerdir (Tablo 1). ÖEYÖ toplam puan ortalaması $89,03 \pm 11,49$ olup, puan aralığı yüksek düzeyde saptanmıştır. ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ise $69,17 \pm 13,85$ ’dir. Her iki ölçeğin alt grupları puan ortalamaları dağılımı da Tablo 2’de gösterilmiştir. ÖEYÖ ile ÇBASDÖ arasında korelasyon değeri $r=0,321$ olup, orta derecede pozitif yönde ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). ÖEYÖ ve ÇBASDÖ alt grupları arasındaki korelasyon değerleri 0,11 ile 0,30 arasında ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p<0,05$). Yalnızca ÖEYÖ davranışı sürdürme alt grubu ile ÇBASDÖ özel insan alt grubu arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 3).

Tablo 1. Öğrencileri Tanıtıcı Özellikler

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Bölüm	Hemşirelik	151	45,2
	Sağlık memurluğu	74	22,2
	Ebelik	109	32,6
Sınıf	1. sınıf	103	30,8
	2.sınıf	71	21,3
	3.sınıf	75	22,5
	4. sınıf	85	25,4
Yaş grubu	20,7 ±1,7* (Min: 17,0-Maks:27,0)		
Cinsiyet	Erkek	86	25,7
	Kadın	248	74,3
Mezun olduğu okul	SML	9	2,7
	Düz lise	215	64,4
	Anadolu lisesi	50	15,0
	Diğer	60	18,0
Şu an çalışma durumu	Çalışıyor	19	5,7
	Çalışmıyor	315	94,3
Şu an kaldığı yer	Ailesi ile	46	13,8
	Yurtta	155	46,4
	Evde arkadaşları ile	126	37,7
	Yakınının evi	7	2,1
Ailesi İle İlişkileri	İyi	277	82,9
	Orta	54	16,2
	Kötü	3	0,9
Toplam		334	100,0

*Aritmetik ortalama±Standart sapma

Tablo 2. ÖEYÖ'nin ve ÇBASDÖ'nin Alt Grupları, Madde Sayısı ve Puan Aralığı

Ölçekler	Madde sayısı	Ortalama± Standart sapma	Ortanca	Min-Maks
ÖEYÖ ve Alt Grupları				
Davranışa başlama	8	32,96±4,75	34,00	14,00-40,00
Davranışı sürdürme	7	27,82±4,24	28,00	11,00-35,00
Davranışı tamamlama	5	19,19±3,53	19,00	7,00-25,00
Engellerle mücadele	3	9,05±2,27	9,00	4,00-15,00
Toplam (ÖEYÖ)	18	89,03±1,49	91,00	45,00-115,00
ÇBASDÖ ve Alt Grupları				
Özel İnsan	4	22,46± 7,25	26,00	4,00-28,00
Aile	4	24,01± 5,42	26,00	4,00-28,00
Arkadaş	4	23,22± 5,42	25,00	4,00-28,00
Toplam (ÇBASDÖ)	12	69,71± 13,85	74,00	22,00-84,00

Çalışmada hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu öğrencilerinin ÖEY düzeyleri yüksek bulunmuştur (Tablo 2). Bu bulgu başka üniversitelerin sağlık yüksekokulu ve sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencileri ile yapılmış çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (2, 5,12-15).

Çalışmada hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu öğrencilerinin ÖEYÖ toplam ve alt grupları puanları ile ÇBASDÖ ve alt grupları puanları arasında ilişki orta düzeyde pozitif yönde bulunmuştur (Tablo 3). Şekil 1'de de öğrencilerin ÖEYÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları arasındaki bağıntı gösterilmiştir. Araştırma grubundaki hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu öğrencilerinin ÖEYÖ toplam puanlarındaki değişimin %10'unun ÇBASDÖ puanı tarafından açıklanabildiği, geri kalan %90'luk kısım için başka değişkenlerin dikkate alınması gerektiği belirlenmiştir (Tablo 4, $r=0,32$, $R^2=0,10$ $p=0,000$). Okçin ve Gerçeklioğlu (2013) çalışmalarında hemşirelik öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ve ÖEY kavramı ilişkisinin orta düzeyde bir paralellik gösterdiğini bulmuşlardır ($p<0,05$, 16). Öğrencinin sosyalleşmesinde önemli bir yer tutan aile ortamının algılanma durumu ile ÖEY düzeyleri ile arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, öğrencilerin ÖEY puanları ile aile ortamı ölçeği

puanları arasında doğrusal bir ilişki saptanmıştır. Aile ortamını olumlu algılayan öğrencilerin ÖEY düzeyleri daha yüksek çıkmıştır ($p < 0,01$, 13). İki çalışma bulgusuyla benzerlik gösteren bu çalışma, Sosyal Öğrenme Kuramı'nı da desteklemektedir. Çünkü Sosyal Öğrenme Kuramı'nda da bireyin davranışlarını değiştirmede rolü olan bilişsel algılama faktörlerinden birisi olan ÖEY algısı, bireysel davranışın sadece iç psikolojik güçler tarafından değil, aynı zamanda sosyal çevre tarafından da şekillendiğini savunmaktadır. Dolayısıyla birey çevresel faktörlerle karşılıklı etkileşim içerisinde, davranış değişimi sürecinde bireyi destekleyen eş, arkadaş ve iş çevresi önemli sosyal destek sistemleridir. Yani sosyal destek bireyin ÖEY oluşmasında önemlidir. Dolayısıyla da bir davranışın sosyal-bilişsel belirleyicileri ve potansiyel kolaylaştırıcıları olarak gösterilen ÖEY ve sosyal destek arasındaki ilişki şaşırtıcı değildir (4). Buna karşın bazı diğer çalışmalarda ise davranış için potansiyel kolaylaştırıcılar olarak görülen ÖEY düzeyi ile sosyal destek algısı arasında ilişki bulunmamıştır. Yurt dışında 75 üniversite öğrencisi ile yapılmış bir çalışmada ÖEY ile sosyal destek (arkadaşlar boyutu $r = -0,016$, $p > 0,05$, aile boyutu $r = 0,01$, $p > 0,05$) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (17). Spor bölümünde okuyan üniversite öğrencileri ile yapılmış başka bir çalışmada ÖEY ile algılanan sosyal destek arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$, 18). İki çalışma örneğinin de eğitimi sağlık ile ilgili olmayan üniversite öğrencileriyle yapılmış olması dikkat çekicidir.

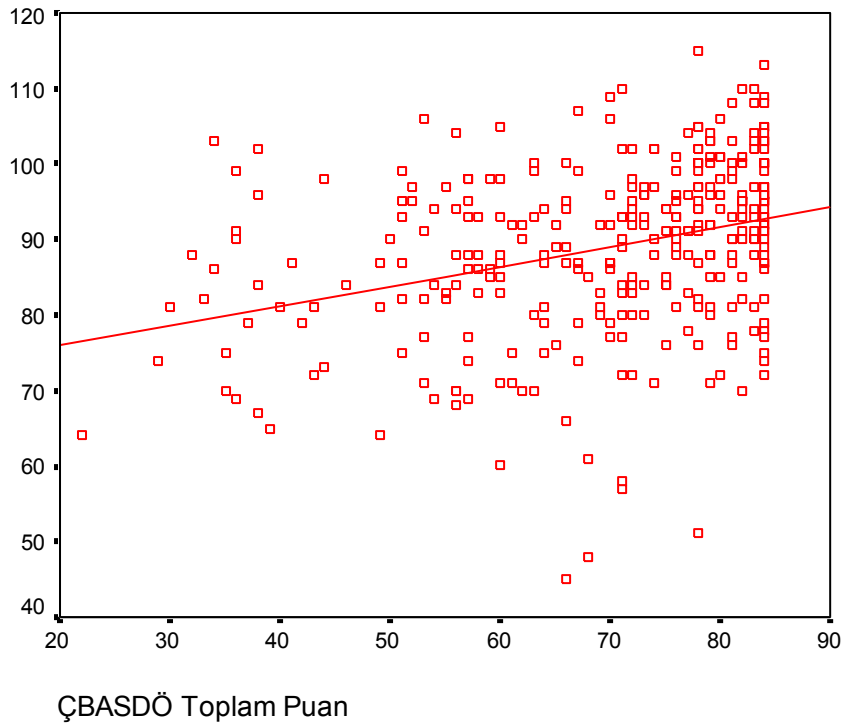
Tablo 3. ÖEYÖ ile ÇBASDÖ Toplam Ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Alt gruplar	Özel İnsan	Aile	Arkadaş	ÇBASDÖ
Davranışa başlama	$r = 0,120$ $p = 0,028$	$r = 0,269$ $p = 0,000$	$r = 0,242$ $p = 0,000$	$r = 0,263$ $p = 0,000$
Davranışı sürdürme	a.d.*	$r = 0,174$ $p = 0,001$	$r = 0,241$ $p = 0,000$	$r = 0,213$ $p = 0,000$
Davranışı tamamlama	$r = 0,252$ $p = 0,000$	$r = 0,164$ $p = 0,003$	$r = 0,281$ $p = 0,000$	$r = 0,306$ $p = 0,000$
Engellerle mücadele	$r = 0,171$ $p = 0,002$	$r = 0,119$ $p = 0,030$	$r = 0,163$ $p = 0,003$	$r = 0,200$ $p = 0,000$
ÖEYÖ	$r = 0,197$ $p = 0,000$	$r = 0,249$ $p = 0,000$	$r = 0,308$ $p = 0,000$	$r = 0,321$ $p = 0,000$

*a.d.: Anlamlı değil ($p > 0,05$)

Tablo 4. ÖEYÖ ile ÇBASDÖ Regresyon Modeli

	Regresyon Katsayısı	Standart hata	t	p
	0,320	0,04	6,070	0,000
ÇBASDÖ				
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	
Regresyon	4352,618	1	4352,618	
Artık (Residual)	38156,232	323	118,131	
Toplam	42508,849	324		
			F=36,846	p=0,000

**Şekil 1.** ÖEYÖ ve ÇBASDÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişki

SONUÇ ve ÖNERİLER

Geleceğin sağlık profesyonelleri olan hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu öğrencilerinin, ÖEY düzeyleri ve sosyal destek algılarının yüksek bulunması, sağlık çalışanlarının temel çağdaş rolleri arasında yer alan değişim ajanı rolünü yerine getirmelerinde umut vericidir. Araştırma grubundaki hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu öğrencilerinin ÖEY düzeylerindeki değişimde sosyal destek düzeylerinin etkisi (%10) olduğu

ve öğrencilerin özellikle de aile ve arkadaş desteklerinin ÖEY düzeyleri üzerinde önemli olduğu görülmektedir. ÖEY algıları yüksek olan bireylerin daha girişimci ve değişime açık oldukları düşünüldüğünde; öğrencilerin sosyal açıdan desteklenmeleri ve eğitimlerinde bunun göz önünde bulundurulması ile yenilikçi ve değişim ajanı yönlerine de katkı sağlanabilir. Farklı öğrenci grupları ve sağlık profesyonelleri ile de konunun çalışılmasının ve farklı değişkenlerin etkisini belirleyen araştırmaların yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

1. Zimmerman BJ. Self-efficacy: An Essential Motive To Learn. *Contemporary Educational Psychology* 2000; 25: 82–91.
2. Yiğitbaş Ç, Yetkin A. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz-Etkililik-Yeterlik Düzeyinin Değerlendirilmesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 7 (1):6-14.
3. Schwarzer R. Social-Cognitive Factors In Changing Related Behaviors. *Current Directions in Psychological Science* 2001;10(2): 47-52.
4. Aksayan S, Gözüm S. Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması Ve Sürdürülmesinde Öz Etkililik (Kendini Etkileme) Algısının Önemi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998; 2(1): 35-43.
5. Ünal Keskin G, Orgun Ş. Öğrencilerin Öz Etkililik – Yeterlilik Düzeyleri İle Başa Çıkma Stratejilerinin İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7: 92-9.
6. Hampton NZ, Mason E. Learning Disabilities, Gender, Sources Of Efficacy, Self-Efficacy Beliefs, And Academic Achievement In High School Students. *Journal of School Psychology* 2003; 41: 101– 12.
7. Von Ah D, Ebert S, Ngamvitroj A, Park N, Kang DH. Predictors Of Health Behaviours In College Students. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 48(5): 463-74.
8. Çakır Y, Palabıyıkoglu R. Gençlerde Sosyal Destek-Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Güvenirlilik Ve Geçerlik Çalışması. *Kriz Dergisi* 1997; 5(1): 15-24.
9. Gözüm S. Öz Etkililik- Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe Formunun Yapı Geçerliliği: Öz-Etkililik-Yeterlik İle Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1999; 2(1):35-43.
10. Gözüm S, Aksayan S. Öz Etkililik- Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenirlilik Ve Geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1999; 2(1): 21-34.

11. Eker D, Arkar H, Yıldız H. “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik Ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(1) :17-25.
12. Doni N, Şimşek Z, Gürses G, Özer M. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz Etkililik-Yeterlik Düzeyleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4 (2): 21-34.
13. Gökdoğan F, Yönder M, Demir Y. Hemşirelik Öğrencilerinin Öz Etkililik-Yeterlik Düzeyleri İle Aile Ortamını Algılama Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Uluslar Arası Katılımlı); 4-6 Haziran 2009, Düzce 2009 p 107.
14. Koca N, Yetkin A. Eğitimi Sağlıkla İlgili Olan Ve Olmayan Üniversite Öğrencilerinin Öz-Bakım Gücü Ve Öz Etkililik-Yeterlik Düzeylerinin Karşılaştırılması, III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Uluslar Arası Katılımlı); 4-6 Haziran 2009, Düzce. 2009 p:138.
15. Karadağ E, Derya YA, Ucuzal M. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz Etkililik-Yeterlik Düzeyleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011; 4(1):13-20.
16. Okçin FA, Gerçeklioğlu G. Öğrencilerin Öz-Etkililik-Yeterlilik Algıları Ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 2(1):40-51.
17. Dwyer AL, Cummings AL. Stress, Self-Efficacy, Social Support And Coping Strategies In University Students. Canadian Journal of Counselling 2001; 35 (3): 208-20.
18. Van Raalte R. Masters Thesis: “ stress, Social Support, Performance, And Self-Efficacy For Collegiate Student-Athletes: An Application Of The Stress Buffering Model.” Master of Arts in Communicology in University of Hawaii at Manoa- 2012 (Erişim Adresi: <http://manoa-hawaii.academia.edu/LisavanRaalte>, Erişim Tarihi: 20.05.2013).

PRİMİPAR KADINLARIN EPİZYOTOMİ BAKIMINA İLİŞKİN UYGULAMALARI*

Bahtışen KARTAL¹, Tuğba ÖZHAN², Makbule CIRIK¹

ÖZET

Çalışma, primipar kadınların epizyotomi bakımına ilişkin uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya Nevşehir il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı, post-partum 7 ile 30. gün arasında olan 84 primipar kadın alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde ve ortalama kullanılmıştır. Kadınların yaş ortalamasının $24,05 \pm 2,4$, %46,4'ünün lise mezunu, % 81'inin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Kadınların %88,1'inin epizyotomi bakımını antiseptik solüsyon ile yaptığı, %98,8'inin epizyotomi ağrısı hissettiği ve %70,2'sinin ağrıyı azaltmak için uygulama yaptığı, bu kadınların tamamının ağrıyı azaltmak için analjezik kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %27,4' ünün epizyotominin iyileşmesi için uygulama yaptığı ve uygulama yaptığını ifade edenlerin %69,6'sının sıcak oturma banyosu yaptığı belirlenmiştir. Kadınların epizyotomi bakımına ilişkin uygulamalarının yetersiz ve yanlış olduğu belirlenmiştir. Sağlık personeli tarafından doğum sonu dönemde epizyotomi bakımına ilişkin eğitimlerin verilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Epizyotomi Bakımı, Primipar Kadınlar, Ağrı

APPLICATIONS OF PRIMIPAROUS WOMEN RELATED TO EPISIOTOMY CARE

ABSTRACT

This study was carried out to determine the applications of primiparous women related to the care of episiotomy. Eighty-four primiparous women who are between the 7th and 30th days of the postpartum period and registered to Family Health Centres in Nevşehir city centre were included in this study. Percentages and means were used in the evaluation of the data. It was determined that the mean age of women was 24.0 ± 2.4 , 46.4 % of them were high school graduates and 81% were housewives. It was found out that episiotomy care was made with antiseptic solution by 88.1% of women, 98.8% of women felt pain in the seams, 70.2 % did some applications to reduce the pain and all of these women used analgesic. In addition, it was found out that 27.4 % of women did some applications for healing of episiotomy and 69.6 % of these women who said that they had done some applications stated that they had taken a hot sitz bath. It was identified that the applications of women related to episiotomy care are wrong and not adequate. An education about episiotomy care in the postpartum period which will be given by medical staff was recommended.

Keywords: Episiotomy Care, Primiparous Women, Pain

*11. Hemşirelik Öğrencileri Kongresinde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Dr. Nevşehir Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu¹

² Öğrenci, Nevşehir Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu

İletişim/ Corresponding Author: Bahtışen KARTAL
Tel: 0 543 938 32 87 **e-posta:** bkartal@nevsehir.edu.tr

Geliş Tarihi / Received : 29.07.2013
Kabul Tarihi / Accepted: 14.10.2014

GİRİŞ

Epizyotomi, vajinal açıklığı genişleterek doğumu kolaylaştırmak, perinenin tonüsünü korumak, istenmedik yırtıkları önlemek, fetüs başının kolay, hızlı ve tehlikesiz doğumunu sağlamak amacı ile doğum eyleminin ikinci devresinde bulbo-kavernos kasına yapılan cerrahi bir insizyondur (1). Bu amaçlarla yapılmış olmasına karşın epizyotominin rutin bir uygulama olarak kullanılması önerilmemekte, komplike vajinal doğumlar (makat, omuz distozisi, forseps, vakum), genital bölgede kesilere bağlı skarlar, kötü iyileşmiş ya da 4. derece yırtıklar ve fetal distres gibi durumlarda uygulanması tavsiye edilmektedir (2). Karaçamın aktardığı Çalışkan ve ark. (2003) yaptığı bir çalışmada vajinal doğum yapan kadınların %64'üne (ilk doğumların %95'ine, ikinci doğumların %48'ine ve üç ve daha fazla olan doğumların %12'sine) epizyotomi uygulandığı bildirilmiştir (3).

Epizyotomi uygulamasının kadın ve bebek sağlığını koruma amacı gütmesine karşın epizyotominin doğumun ikinci evresini kısaltarak bebeğin apgar skorunu artırdığına veya perinatal asfiksiyi azalttığına dair görüşler kesinlik kazanmamış olmakla birlikte perinedeki defekti önlemediği, hatta artırdığına dair görüşler bulunmaktadır (4). Ayrıca epizyotominin pelvik relaksasyonu önlemediği, median yapılan insizyonun 3-4. derece perine yırtığına neden olabileceği maternal morbiditeyi ve kan kaybını artırdığına dair iddialarda bulunmaktadır (4). Epizyotominin sıklıkla yapıldığı ülkelerde perine travması oranının da yüksek olduğu belirtilmektedir (5, 6, 7). Ayrıca epizyotomi nedeniyle oluşan perineal travma kadının cinselliğini ve özgüvenini etkileyebilmektedir (8, 9).

Ayrıca epizyotomi perineal ağrıya ve enfeksiyona neden olmaktadır (10, 11). Epizyotomi uygulanan bölgenin nemli olması, idrar ve gaita ile kontaminasyon riski nedeniyle insizyon bölgesinde oluşabilecek enfeksiyon, ağrının artmasına, iyileşme sürecinin uzamasına neden olabilmekte, kadının yaşam kalitesini azaltabilmektedir. Doğum sonu dönemde perine ve epizyotomi bakımının kadınlar tarafından uygun şekilde yapılması kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından önemlidir. Epizyotomi bakımına ilişkin uygulamaların belirlenmesi doğum sonu dönemde eğitimlerin planlanması, yanlış uygulamaların önlenmesi bakımından önemli olacaktır.

Çalışma, primipar kadınların epizyotomi bakımına ilişkin uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Çalışma, primipar kadınların epizyotomi bakımına ilişkin uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmış, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Çalışmanın yapıldığı il merkezinde 6 Aile Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. Çalışmanın evrenini 2012 yılında vajinal doğum yapmış, 6 Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı ve epizyotomisi bulunan primipar kadınlar oluşturmuştur.

Karaçamın aktardığı Çalışkan ve ark. (2003) yaptığı bir çalışmada ilk doğumlarda epizyotomi görülme sıklığı %95 olarak belirtilmiştir (3). Bu çalışmanın verilerinden yararlanılarak görülme sıklığı %95 olarak alınmış evreni bilinmeyen örneklem yönteminden ($n=t^2 \cdot p.q/d^2$) örneklem büyüklüğü 74 kişi olarak belirlenmiş olup, 15 Ocak - 20 Şubat 2012 tarihleri arasında kriterlere uyan tüm primipar kadınlar örnekleme alınmıştır. Örnekleme 84 primipar kadın oluşturmuştur. Çalışmaya vajinal doğum yapmış, epizyotomisi bulunan, post-partum dönem 7 ile 30. gün arasında olan primipar kadınlar dahil edilmiştir.

Çalışmanın verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından geliştirilen ve kadınların epizyotomi bakımına ilişkin uygulamalarının belirlenmesine yönelik hazırlanmış bir anket formu kullanılmıştır. Aile Sağlığı merkezlerinden çalışmanın kriterlerine uyan kadınların adresleri alınmış ve araştırmacılar tarafından çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlarla ev ziyareti yapılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle anketler doldurulmuştur.

Veriler bilgisayarda ortamında değerlendirilmiş, verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde ve ortalama kullanılmıştır.

Çalışmanın yapıldığı şehrin Sağlık Müdürlüğü'nden ve Merkez İlçe Toplum Sağlığı Merkezinden yazılı izinler alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Kadınların yaş ortalamasının $24,05 \pm 2,4$, %46,4'ünün lise mezunu, %81,0'inin ev hanımı, kadınların gebelikleri boyunca ortalama $11,35 \pm 4,35$ kilo aldığı, bebeklerinin ortalama doğum kilosunun $3367,2 \pm 292,8$ olduğu, %75,0'inin doğumunu zor olarak tanımladığı belirlenmiştir.

Tablo 1. Kadınların Doğum Sonu Dönemde Genel Ve Perine Hijyeni Özelliklerine Göre Dağılımı (n=84)

Hijyen Özellikleri	Sayı	Yüzde
Doğumdan sonra ilk banyonun yapıldığı zaman		
1 gün sonra	9	10,6
2 gün sonra	53	63,1
3 gün sonra	22	26,3
Banyo şekli		
Oturarak	5	6,0
Duş şeklinde	79	94,0
Tuvaletten önce ellerin yıkanma durumu		
Yıkıyorum	31	36,9
Yıkamıyorum	53	63,1
Taharetlenme şekli		
Önden arkaya doğru	66	78,6
Arkadan öne doğru	18	21,4
Tuvalet temizliğinin ne ile yapıldığı		
Sadece su ile	10	11,9
Su ve tuvalet kâğıdı	74	88,1
Tuvaletten sonra perinenin kurulama durumu		
Kuruluyorum	78	92,9
Kurulamıyorum	6	7,1
Kurulamanın ne ile yapıldığı(n=78)		
Tuvalet kâğıdıyla	74	88,1
Bezle	4	4,8
İç çamaşırının özelliği		
Pamuklu	62	73,8
Naylon\Sentetik	22	26,2
İç çamaşırının özelliği		
Renkli	51	60,7
Beyaz	33	39,3
İç çamaşırı değiştirme sıklığı		
Günde 1 kez	56	66,7
2-3 günde bir	20	23,8
Haftada 1 kez	8	9,5
Ped değiştirme sıklığı		
2 saatte	16	19,1
3 saatte	32	38,1
4 saatte ve üzeri	36	42,9
Pedin iç yüzeyine dokunma durumu		
Dokunan	38	45,2
Dokunmayan	46	54,8

Doğum sonu dönemde her kadının perine temizliğine özel bir özen göstermesi, bölgenin temiz ve kuru tutulması, bu dönemdeki etkenlere bağlı gelişebilecek puerperal enfeksiyonun önlenmesinde ve yara iyileşmesinin hızlanmasında büyük önem taşımaktadır. Epizyotomi yapılan kadınlarda enfeksiyonu önlemek ve iyileşmeyi sağlamak için insizyon yerinin temiz ve kuru tutulmasının yanında tuvalete girmeden önce ve sonra ellerin yıkanması ve kullanılan pedin temiz şekilde korunması ve kullanılması önemlidir (1). Ayrıca defekasyon ve idrar yaptıktan sonra perine temizliğinin önden arkaya doğru yapılması ve perineal pedlerin önden arkaya doğru yerleştirilmesi, pedlerin ve iç çamaşırların sık sık değiştirilmesi de enfeksiyonun önlenmesi açısından önem taşır (3). Çalışmamızda kadınların %63,1'inin tuvaletten önce ellerini yıkamadığı, %21,4'ünün arkadan öne doğru taharetlendiği, %7,1'inin tuvaletten sonra kurulamadığı, %45,2'sinin pedi yerleştirirken iç yüzeyine dokunduğu, %60,7'sinin renkli iç çamaşırı kullandığı belirlenmiştir. Çalışmamızın bu bulguları kadınların perine temizliğine ilişkin uygulamalarının yanlış ve yetersiz olduğunu gösterirken, bu yanlış uygulamalar epizyotominin iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilmesi ve enfeksiyona neden olabilmesi açısından önem taşımaktadır.

Tablo 2. Kadınların Epizyotomi Bakımına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (N=84)

Epizyotomi bakımına ilişkin özellikler	Sayı	Yüzde
Epizyotomi bakımını ne ile yaptığı		
Su ile taharetlenerek	10	11,9
Antiseptik solüsyon	74	88,1
Epizyotomi bakımının yapılma şekli		
Yukarıdan aşağıya doğru	18	21,4
Aşağıdan yukarıya doğru	10	11,9
Dikiş bölgesine dokunarak	56	66,7
Epizyotomi bakımının yapılma sıklığı		
Günde 1 kez	6	7,1
Günde 2 kez	14	16,7
Günde 3 kez	30	35,7
Günde 4 ve üzeri	34	40,5
Epizyotomi bölgesinde gelişen sorun*(n=84)		
Ağrı	83	98,8
Akıntı	2	2,4
Kızarıklık	1	1,2
Ödem (şişlik)	1	1,2

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Epizyotomi bakımında, enfeksiyonla ilgili komplikasyonları önlemede vulva ve perine hijyeni son derece önemlidir. Epizyotominin çok uygulandığı ülkemizde epizyotomi açılan kadınlara perine bakımında, antiseptik solüsyon kullanımı önerilmektedir (12). Yılmaz ve ark. (2010) SF ile rivanolün epizyotomi iyileşmesinde etkisini karşılaştırdıkları bir çalışmada, epizyotomi bakımında SF rivanolden daha etkili olduğu bulunmuştur (13). Toker ve Eroğlu'nun (2005) yaptığı çalışmada normal su ile betadinin epizyotomi bakımında yara iyileşme süreci açısından iki yöntem arasında fark bulunmamıştır (12). Çalışmamızda kadınların %88,1'inin epizyotomi bakımını antiseptik solüsyon ile yaptığı belirlenmiştir. Kadınların antiseptik solüsyon ile epizyotomi bakımı yapıyor olmasını sağlık personelinin tavsiyesi etkilemiş olabilir.

Normal veya müdahaleli doğumdan sonraki dönemde perineal ağrı görülmektedir (13). Postpartum dönemde en sık rastlanan ve kadınları en çok rahatsız eden ağrı şekillerinden birisi epizyotomi ağrısıdır (14). Ağrı bireyin fiziksel ve psikolojik durumunu, bağımsızlık düzeyini, sosyal ilişkilerini ve yaşam kalitesini etkileyen hoş olmayan bir deneyimdir (15). Çalışmaya katılan kadınların, tamamına yakını (%98,8) epizyotomi nedeniyle ağrı yaşadığını belirtmişlerdir. Bu doğum sonu dönemde kadının yaşam kalitesini azaltması bakımından önemli bir bulgudur.

Epizyotominin en sık görülen komplikasyonlarından biri de enfeksiyondur (16). Epizyotomi kesisi veya yırtık büyüklüğünün fazla olması, genital enfeksiyon varlığı epizyotomi enfeksiyonlarının gelişiminde risk oluşturmaktadır (17). Ayrıca epizyotomi hem nemli bir bölgede yer alması, hem de idrar ve gayta ile kontaminasyon riski nedeniyle enfeksiyon riski taşımaktadır. Epizyotomi bölgesinde enfeksiyon bulguları; kızarıklık, ısı artışı, ödem pürinal akıntı ve bazı vakalarda yaranın açılmasıdır (18). Çalışmada kadınların %1,2'si epizyotomi bölgesinde kızarıklık, %1,2'si ödem, %2,4'ü akıntı olduğunu belirtmişlerdir. Epizyotomi bölgesinde gelişen enfeksiyon, bölgede hissedilen ağrıyı artırması, iyileşme sürecinin uzaması ve kadının yaşam kalitesini azaltması bakımından önemlidir.

Epizyotomi bölgesinde oluşan ağrı ve rahatsızlığı gidermek için çeşitli madde ve yöntemler kullanılmaktadır. Ağrıyı ve rahatsızlığı gidermek için buz uygulaması, epitelizean, anestetik içerikli krem ya da spreyleler kullanılmakta, inflamasyonu önlemek amacıyla da oturma banyoları veya kortizonlu kremler önerilmektedir (13). Çalışmamızda kadınların %70,2'sinin ağrıyı azaltmak için uygulama yaptığı, tamamının analjezik kullandığı, %10,2'sinin sıcak uygulama, %5,1'nin buz uygulaması yaptığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınlar ağrıyı kontrol etmede daha çok farmakolojik yöntemleri kullanmayı tercih

etmektedirler. Bu bulgu kadınların ağrısı ve rahatsızlığı azaltmada farmakolojik olmayan yöntemler hakkında bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermesi bakımından önemli bir bulgudur. Farmakolojik yöntemlerin kullanımının azaltılması hem anne, hem de bebek sağlığını korumak açısından oldukça önemlidir.

Tablo 3. Kadınların Epizyotomi Ağrısını Azaltmak/İyileştirmek İçin Kullandıkları Yöntemlere Göre Dağılımı

Kullanılan Yöntemler	Sayı	Yüzde
Ağrıyı azaltmak için uygulama yapma		
Yapan	59	70,2
Yapmayan	25	29,8
Ağrıyı azaltmak için yapılan uygulamalar(n=59)*		
Analjezik kullanma	59	100,0
Sıcak uygulama	6	10,2
Buz uygulaması	3	5,1
Dikişlerin iyileşmesi için uygulama yapma		
Yapan	23	27,4
Yapmayan	61	72,6
Dikişlerin iyileşmesi için yapılan uygulamalar(n=23)*		
Sıcak oturma banyosu	16	69,6
Krem	9	39,1
Buz uygulaması	1	4,3

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Epizyotomi yerinin kuru ve temiz tutulması, gözlenmesi iyileşme süreci açısından önemlidir. Ilık oturma banyosu, kuru sıcak uygulama, nemli sıcak uygulama ve buz uygulaması iyileşmeyi hızlandırmada ve rahatsızlığı gidermede yardımcı olan yöntemlerdir (1, 19). Kadınların %27,4'i dikişlerin iyileşmesi için uygulama yaptığı, uygulama yaptığını belirtenlerin %69,6'sının sıcak oturma banyosu yaptığı, %39,1'inin krem kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 4. Kadınların Doğum Sonu Dönemde Barsak Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Barsak alışkanlığına ilişkin özellikler	Sayı	Yüzde
Doğumdan sonra defekasyon yapma zamanı		
1 gün sonra	4	4,8
2 gün sonra	49	58,3
3 gün sonra	16	19,0
4 ve üzeri	15	17,9
İlk defekasyonda dikişlerde ağrı/yanma		
Olan	70	83,3
Olmayan	14	16,7
İlk defekasyonda kabızlık bulunma		
Olan	36	42,9
Olmayan	48	57,1

Doğum sonrası dönemde kabızlık en çok rastlanılan şikâyetlerdendir. İkinme ile dikişlerin açılacağı korkusu tuvalet alışkanlığını değiştirebilir. Yeterli gıda ve sıvı alınmaması, ciddi bir perine travmasının bulunması, doğumu izleyen 2-3 gün defekasyonun gecikmesine neden olur (19, 20). Epizyotomi kabızlık gelişmesinde bir etken olduğu kadar, gelişen kabızlık epizyotominin iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Çalışmada kadınların yaklaşık yarısına yakınında (%42,9) kabızlık geliştiği, %83,3'ünün ilk defekasyonda dikişlerinde ağrı/yanma hissi yaşadığı, belirlenmiştir. Kabızlık gelişiminin önlenmesi, epizyo bölgesinde yara açılmasının önlenmesi açısından önemlidir. Postpartum dönemde verilecek eğitimler içerisinde; doğum sonu dönemde beslenme, sıvı alımı, mobilizasyon ve bağırsak alışkanlığını düzenlemeye yönelik eğitimlerin de yer alması gerektiğini göstermesi bakımından bu bulgular önemlidir.

Doğum sonu dönemde annelerin bakım gereksinimleri arasında perine ve epizyo bakımı yer almaktadır. Ebe ve hemşirelerin erken postpartum dönemde yapacakları ev ziyaretleri ile annelerin gereksinimlerini karşılamaları gerekir (10). Çalışmada kadınların dörtte biri (% 25) epizyotomi bakımı ile ilgili eğitim aldığını belirtmişler, bunların hepsine epizyotomi bakımını nasıl yapacaklarına ilişkin eğitim verilirken sadece %14,3'üne hijyen eğitimi verilmiştir. Epizyotomi bakımına ilişkin eğitim alma oranı çok düşük olmakla birlikte eğitimin içeriği de kadın sağlığının korunması ve hastalıkların önlenmesi bakımından yeterli değildir. Doğum

sonu dönemdeki kadınların epizyotomi bakımı, perine hijyeni, erken dönemde mobilizasyon, düzenli barsak alışkanlığı kazandırma, beslenme ve sıvı alımı gibi konularda bilinçlendirilmesi özelde epizyotiminin iyileşme sürecini hızlandırması ve gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi açısından, genelde de kadın sağlığının korunması açısından önemlidir.

Tablo 5. Kadınların Epizyotomi Bakımına İlişkin Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitime ilişkin özellikler	Sayı	Yüzde
Epizyotomi bakımına ilişkin eğitim alma durumu		
Alan	21	25,0
Almayan	63	75,0
Eğitimin içeriği(n=21)*		
Epizyotomi bakımı	21	100,0
Hijyen	3	14,3
Eğitimin kim tarafından verildiği(n=21)		
Doktor	7	33,3
Hemşire –ebe	10	47,6
İnternet	4	19,1

*Birden fazla cevap verilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınların epizyotomi ve perine bakımına ilişkin uygulamalarının yanlış ve yetersiz olduğu, bu eğitimlerin sağlık personeli tarafından yeterince verilmediği belirlenmiştir. Bu doğrultuda hem hemşirelerin ve hem de diğer sağlık personellerinin, doğum öncesi dönemden başlayarak gebeleri; epizyotomi bakımı, perine hijyeni, erken dönemde mobilizasyon, düzenli barsak alışkanlığı kazandırma, beslenme ve sıvı alımı gibi konularda doğum sonu döneme hazırlaması, doğum sonu dönemde ev ziyaretleriyle bu eğitimlerin yinelenmesi ve kontrollerin yapılması, kadın sağlığının korunması, geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi bakımından önemlidir.

KAYNAKLAR

1.Taşkın L, Riskli Doğum Eylemi: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. VIII. Baskı.ISBN: 975-94661-0-4 Ankara- 2007. ss;368-69.

2.Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi: Ebeler ve Doktorlar İçin Bir Kılavuz. ISBN 975-590-179-5 Dünya Sağlık Örgütü-2003. ss;İ:71.

3.Şirin A(ed.), Kavlak O(ed.), Karaçam Z. Normal Pospartum Dönemin Fizyolojisi ve Bakımı: Kadın Sağlığı. Birinci Baskı. ISBN : 978-605-5989-07-1 İstanbul -2008. ss; 711-729.

4.Ayhan A. ve ark.(ed.), Kadayıfçı O, Evrücke C, Ürünsak İ.F, Ünal E.A. Doğum Fizyolojisi ve Vajinal Doğum. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2.Baskı. ISBN: 978-975-2771-91-8 Ankara- 2008. ss;212.

5.Albers L, Garcia J, et all. Distribution of Genital Tract Trauma in Childbirth and Related Postnatal Pain. BIRTH 1999;26 (1): 11–17.

6.Mayerhofer K, Bodner-Adler B, et all. Traditional Care Of The Perineum During Birth. A Prospective, Randomized, Multicenter Study Of 1076 Women. Journal Of Reproductive Medicine 2002; 47 (6): 477–482.

7.McCandlish R, Bowler U, et all. A Randomised Controlled Trial Of Care Of The Perineum During Second Stage Of Normal Labour. British Journal of Obstetrics and Gynecology 1998;105 (12): 1262–1272.

8.Johanson R. Perineal Massage For Prevention Of Perineal Trauma In Childbirth. Lancet 2000; 355: 250–261.

9.Renfrew MJ, Hannah W et all. Practices That Minimize Trauma To The Genital Tract İn Childbirth: A Systematic Review Of The Literature. BIRTH 1998; 25 (3): 143–160.

10.Balkaya Akdolun N. Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri ve Ebe - Hemşirenin Rolü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2002;6 (2): 42-49.

11.Hartmann K, Viswanathan M et all. Outcomes of Routine Episiotomy. JAMA 2005;293(17):2142-2148.

12.Toker Z, Eroğlu K. Epizyotomi Bakımında Kullanılan İki Farklı Yöntemin Yara İyileşme Sürecine Etkisi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005:49–61.

13.Yılmaz SD, Vural G, Bodur S. Epizyotomi Bakımında Serum Fizyolojik ve Rivanolün İyileşme Sürecine Etkisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010;27(2):172-177.

14.Kömürcü N(ed.), Ergin Berkiten A(ed.), Ergin Berkiten A, Özdamar D. Postpartum Dönem ve Ağrı. Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 1. Baskı. ISBN: 978-605-5989-05-7 İstanbul-2008. ss;147.

15.Koç F, Ağrı ve Yaşam Kalitesi. Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics 2010;3(4):62-66.

16.Yanık FF, Epizyotomi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics 2008;18(1): 50-54.

17.Kadanalı A, Karagöz G. Puerperal İnfeksiyonlar. Ümraniye Tıp Dergisi 2012;5(1): 22-28.

18.Şirin A(ed), Kavlak O(ed.), Gölbaşı Z. Postpartum Komplikasyonlar/Riskli Durumlar. Kadın Sağlığı. Birinci Baskı. ISBN : 978-605-5989-07-1 İstanbul -2008. ss: 799.

19.Postpartum Bakım ve Yönetim. Güvenli Annelik. Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Katılımcı Kitabı. ISBN 975-590-134-5 Ankara-2005. ss:99-100.

20.Dönmez S, Sevil Ü. Rutin Epizyotomi Uygulanmasının Gerekliliği. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2(3):105-12.

EUROPEP AİLE HEKİMLİĞİ MEMNUNİYETİ ÖLÇEĞİNE GÖRE GÜMÜŞHANE AİLE HEKİMLİĞİ MEMNUNİYET ARAŞTIRMASI

Sedat BOSTAN¹, Kamil HAVVATOĞLU²

ÖZET

Araştırmanın amacı Gümüşhane’de 10’uncu yılına yaklaşan Aile Hekimliği (AH) uygulamasını hasta memnuniyeti açısından değerlendirmektir. Bu alanda çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar ise genelde Sağlık Bakanlığınca yapılan ulusal çaptaki araştırmalardır. Bu araştırmada Aktürk ve ark. tarafından Türkçeye çevirisi yapılan Aile Hekimliği Memnuniyeti EUROPEP ölçeği Gümüşhane’ye uygulanmıştır. Araştırmada aile hekimliğinden hizmet alan kişiler ile yüz yüze görüşülmüştür. Araştırma Gümüşhane’nin merkez ilçesindeki 6 Aile Sağlığı Merkezi’nde (ASM) yapılmıştır. Cevapsız anketler analiz edilmemiştir. Geriye kalan 142 anket ise SPSS 16 programı ile analiz edilmiştir. Ölçeğin iç güvenilirliği 0,95 bulunmuştur. Memnuniyet düzeyi ise %87,5 bulunmuştur. Memnuniyet düzeyi düşük olan noktanın ise doktor dışındaki personelin yardımı olarak gözükmektedir. Bazı sorularda ilgisiz seçeneği yüksek oranda çıkmıştır. Bunun sebebi ise randevu sisteminin tam olarak kullanılmamasından kaynaklanmaktadır. Gümüşhane’de AH uygulamasının kapasite olarak tam anlamıyla hedeflenen sonuçlara ulaşmasa da memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. Anketten elde edilen sonuçların ulusal bir veri tabanına katkıda bulunacağını söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Aile Hekimliği, Hasta Memnuniyeti, Gümüşhane.

¹ Yrd. Doç. Dr. Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu

² Arş. Gör. Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu

İletişim/ Corresponding Author: Sedat BOSTAN

Tel: 0 505 906 07 98 **e-posta:** sbostan29@gmail.com.tr

Geliş Tarihi / Received : 13.12.2013

Kabul Tarihi / Accepted: 14.10.2014

ACCORDING TO EUROPEP SATISFACTION SCALE FAMILY MEDICINE FAMILY MEDICINE SATISFACTION SURVEY IN GÜMÜŞHANE

ABSTRACT

Gümüşhane is evaluated in the upcoming 10 th year in terms of the patient satisfaction looking at the results of the application of Family Medicine (FM) very few work. There are a few studies in this area. Studies are generally conducted by the national ministry of health research. The purpose of this research was to evaluate this application through the eyes of patients with FM in Gümüşhane application to evaluate the results and to provide a better quality brand. To do this research, Aktürk et al. by Turkish translation has been applied to the scale of the Gümüşhane EUROPEP. In this research we were interviewed face to face with people who benefit from family medicine. Gümüşhane in the central district of were made in the 6th FM .The unanswered questionnaires have not been analyzed. The remaining 142 survey have been analyzed with the SPSS 16 program. The scale is the internal reliability of 0.95. Satisfaction levels is 87.5%. The low level of satisfaction is the question, that seems to be the help of the staff other than doctors. Some of the questions that are unrelated to the high percentage of the option. The reason for this is as Turkish cultural structure and the appointment system is not due to the full. Gümüşhane FM capacity limitations of the targeted results in the full sense of the application as the satisfaction but level is high. We can say survey results will be contribute to a national database.

Key words: Family Medicine, Patient Satisfaction, Gümüşhane.

GİRİŞ

Kişileri ve aileleri yaşadığı toplumla birlikte ele alan yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın bütüncül sağlık hizmeti sunan bir hekime ihtiyaç duyulmuştur (1). Bu hekim, aile hekimi olarak adlandırılır. Aile hekimi hastaya ilk ulaşacak hekim olarak ilk yardım ve acil tedavi konularında bilgi ve beceri düzeyi olarak yeterli seviyede olmalıdır (2). Aile hekimi hastanın bütün sağlık kayıtlarını tutar. Hastaya yakınlığı sayesinde onun kişisel özellikleri ve hastanın veya yaşadığı toplumun sorunları hakkında bilgi sahibidir (3). Periyodik sağlık kontrolleri ile gelecekteki hastalık risklerinin saptanması hastalığı erken dönemde tanımayı, gerekli bağışıklama yapmayı ve hastalıkların önlenmesine yönelik hizmet vermeyi amaçlar (4).

Aile hekimi, aşağıda belirtilen işleri yapan kişidir: Hasta ile ilk temas kuran ve sağlık sisteminden faydalanmasını sağlayan hekim olarak hizmet verir; hastanın bütün sağlık ihtiyaçlarını değerlendirir, bireysel olarak veya diğer uzmanlık alanları ile birlikte tıbbi bakımını sağlar ve gerektiğinde hastayı sürekli gözetim altında tutulmak üzere uygun gördüğü merkezlere yatırılmak üzere sevk eder; hastanın sağlığı ile ilgili her konuda sürekli sorumluluk duyar ve sağlık hizmeti sağlayan birimler arasında bir lider veya koordinatör olarak görev yapar, hastanın, toplum, aile veya sosyal çevresini de içerecek şekilde sağlığı ile ilgili her konuda sorumluluğu kabul eder (5).

Türkiye de ki tanımıyla Aile hekimi: “ Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tamgün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler” olarak tanımlanmıştır (6).

Aile Hekimi Çekirdek Yeterlikleri;

Aile Hekimliği ve uzman aile hekiminin tanımı doğrudan doğruya Aile Hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterliklere belirtmektedir. Çekirdek sözcüğü, uygulandıkları sağlık sistemine bakılmadan disiplin için zorunlu olan anlamına taşır. 6 başlık altında çekirdek yeterlilik sıralanabilir:

1. Birinci basamak yönetimi: Hastalarla ilk karşılaşmayı yönetebilme becerisi hasta ihtiyaç duyduğunda hasta savunuculuğu pozisyonu olarak, birinci basamak çalışanları ve diğer

uzmanlar arasında bakımı koordine etme ve bakımın etkili ve uygun sürdürülmesini sağlamak,

2. Kişi merkezli bakım: Hastalara karşı kişi merkezli yaklaşımı benimseyebilme, etkili bir doktor hasta ilişkisini sağlayan birinci basamak değerlendirmesi oluşturmak ve uygulamak, hastaların ihtiyaçlarına göre uzun süreli hizmetin devamlılığını sağlayabilmek,

3. Özgül sorun çözme becerileri: Toplumdaki hastalıkların prevalans ve insidansı ile belirlenen özellikli karar verme mekanizmasından yararlanmak erken evredeki durumları yönetmek ve gerekli hallerde acil müdahalede bulunmak,

4. Kapsamlı yaklaşım: Hastanın kronik ve akut sağlık sorunlarıyla aynı zamanda ilgilenmek ve sağlığın iyi halinin sürekliliğinin sağlanması,

5. Toplum yönelimli olma: Birey ve toplum için gerekli olan sağlık hizmetlerini gerekli olan kaynaklarla dengede yürütmek,

6. Bütüncül yaklaşım: Kültürel boyutlarıyla ele alarak, biyolojik psikolojik ve sosyal etkenleri birlikte ele alabilmesi (7).

Bu nedenlerle Türkiye’de birinci basamak hizmet sunumunda yaşanan örgütlenme değişikliğinin Aile Hekimliği (AH) sisteminin getirilmesi yönünde bir karar oluştuğu düşünülmektedir. Türkiye aile hekimliği sistemi 2005 yılında pilot uygulama olarak Düzce’de başlamıştır. Daha sonra ise 2006 da Eskişehir, Bolu, Edirne, Adıyaman, Denizli ve Gümüşhane’de uygulanmaya başlanmıştır (8). Aile Hekimliği Uygulamasının yayılışına yönelik planlama 2008’de aksamış, 2008 sonrasına 26 il bırakılması planlanmışken uygulamada 50 ili dışarıda bırakılmış, dışarıda kalan nüfusun $\frac{3}{4}$ ’ünün kapsama alınması 13 Aralık 2010’u bulmuştur (9). 2011 yılına geldiğimizde sağlık ocakları tamamen kapatılmış(10), aile hekimliği ise tüm Türkiye’yi kapsayacak şekilde yaygınlaştırılmıştır. Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde, kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için aile hekimlerine kaydolması gerekmektedir (11). Aile hekimleri kendi listelerinde kayıtlı bulunan kişilere hizmet sunmakla sorumlu tutulacaklardır (12). Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de aktif çalışan aile hekimi başına düşen kişi sayısı ise 3.634 tür (13). Tüm bu değişiklikler, sağlık personelinin ve sağlık çıktılarına etkilemiştir. Bu çalışma ile aile hekimliği uygulamasının üstün ve zayıf yönleri değerlendirilip, 8 yıldır Gümüşhane’de uygulanan aile hekimliği sisteminin memnuniyet düzeyinin açıkça ortaya konularak mevcut modele dair eleştirel yaklaşımla katkı sağlamak amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu bilimsel araştırma Gümüşhane ilinin merkez bölgesindeki 6 farklı ASM ye son 12 ayda gitmiş olan 142 kişiye uygulandı. Uygulamaya katılanların hepsi şehir merkezinde ikamet etmekteydi. Çalışma anketi uygulanan kişiler rastgele seçilmiştir. Veri toplamak için kullanılan anketin ön kısmında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyini gösteren sosyodemografik sorular bulunmaktadır. Arka kısmında ise birinci basamakta hizmet alan hastaların aile hekimi ve muayenesi hakkında ki görüşlerini değerlendiren EUROPEP ölçeğini içermekteydi. Türkçeye uyarlanmış EUROPEP ölçeğinin geçerliliği Aktürk ve ark. tarafından yapılmış ve hastaların aile hekimliğini denetlemede uygun bir araç olarak görülmüştür (14).

Aile Hekimliği uygulaması gerek hasta memnuniyeti, gerekse de hastalıkların erken teşhis ve tedavisinde önemli olan bir sağlık sistemidir. Bu nedenle bu sistemden faydalanan tüm hastaların görüşü bu araştırmada önem arz etmektedir. Bu araştırmada iki tür araştırma yöntemi kullanılmıştır. İlk olarak Aile Hekimliği uygulaması ile ilgili literatür taraması yapılmış, ikinci olarak da Gümüşhane ilinin merkez bölgesinde anket uygulaması yapılmıştır. Araştırmaya ilişkin verilerin tümü anket formu yöntemi ile toplanmaya çalışılmıştır. Ankete katılanlara yöneltilen sorulara kendi görüşlerine ve durumlarına en uygun düşen cevabı vermeleri istenmiştir. Bunu sağlamak için, soru formunun başlangıç kısmına çalışmanın araştırma amaçlı olduğu cevapların tamamen gizli tutularak hiçbir kuruma veya kişiye verilmeyeceği belirtilmiştir. Türkçeleştirilmiş ölçek Gümüşhane’de 142 hastaya uygulanmıştır. Hastalar ölçekleri kendileri doldurmuş ve teslim etmişlerdir. Anket uygulamasında toplam 23 soru yöneltilmiş, sorular 6 şıklı (Çok kötü, kötü, orta, iyi, mükemmel, ilgisiz) likert ölçeğine göre cevaplar istenmiştir. Sonuçların değerlendirilmesi aşamasından SPSS 16 paket programından faydalanılmıştır. Yapılan anket uygulamalarında katılımcıların hepsi tüm sorulara cevap vermişlerdir. Cevapsız anketler analiz kapsamına alınmamıştır. Yukarıda açıklanan yöntemle elde edilen veriler denetlenerek, kodlanmış ve SPSS 16 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ise istatistiksel tekniklerden olan frekans analizi, T- testi ve Anova testinden faydalanılmıştır.

Araştırmamızın evrenini Gümüşhane’nin şehir merkezinde bulunan 6 ASM ye başvuran hastalar oluşturmaktadır. Örneklemimiz ise gelen hastalar arasından tesadüfi olarak seçilen 142 kişi oluşturmaktadır.

BULGULAR

Bu çalışma ile Gümüşhane’de hastaların hekim ve muayenesini değerlendirmesi ve memnuniyet derecelerinin ölçülmesi için kullanılabilecek güvenilir bir araç olmuştur. Anketin Türkçeye çevirisi olan çalışmada güvenilirlik katsayısı 0,98 iken bu çalışmadaki güvenilirlik katsayısı 0,96 olarak bulunmuştur. Bu yolla anketin güvenilirliği ispatlanmıştır. Çalışmada hastaların birinci basamakta aldıkları sağlık hizmetleri tek tek sorular halinde değerlendirilmiştir. Gruplar arasındaki anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmektedir. İlk önce de hastaların sosyodemografik özellikleri ve aralarında anlamlı bir farklılık olup olmadığı gösterilmiştir.

Tablo 1: Ankete Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımı

	Kişi sayısı	Yüzde sayısı	Anlamlılık derecesi	Cevapların ortalaması
Erkek	89	%62,7	0,03	4,1690
Kadın	53	%37,3	0,03	4,5857
Toplam	142	%100,0	0,03	4,37

Yukarıdaki tablodan da anlaşılacağı gibi ankete katılan 142 kişiden %62,7’si erkek %37,3’ü kadındır. Cinsiyet arasındaki anlamlılık düzeyi ise 0,03 tür 0,05>0,03 olduğundan dolayı aile hekimliği memnuniyetinde kadın ve erkek arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Kadınların genel memnuniyet düzeyi 4,5 iken erkeklerde bu oran 4,1’dir. Anketin ortalama memnuniyet düzeyi ise 4,37 olarak bulunmuştur.

Tablo 2: Ankete Katılanların Yaşa Göre Dağılımı

	Kişi Sayısı	Yüzde Oranı
18-24 yaş	34	%23,9
25-34 yaş	55	%38,7
35-44 yaş	39	%27,5
45-54 yaş	12	%8,5
55 ve üstü yaş	2	%1,4
Toplam	142	%100

Yaş tablosunda da görüldüğü gibi araştırmaya katılanların %23,9'u 18-24 yaş arası %38,7'si 25-34 yaş arası %27,5'i 35-44 yaş arası %8,5'i 45-54 yaş arası %1,4'ü ise 55 ve üzeri yaş aralığında bulunmaktadır. Araştırmaya katılan kişilerin yaş ortalaması ise $27 \pm 3,8$ arasında bulunmaktadır. Yaş gruplarının memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 2).

Tablo 3: Ankete katılanların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

	Kişi Sayısı	Yüzde Oranı
İlkokul	23	% 16,2
Lise	59	%41,5
Ön lisans	36	%25,4
Lisans	24	% 16,9
Toplam	142	% 100,0

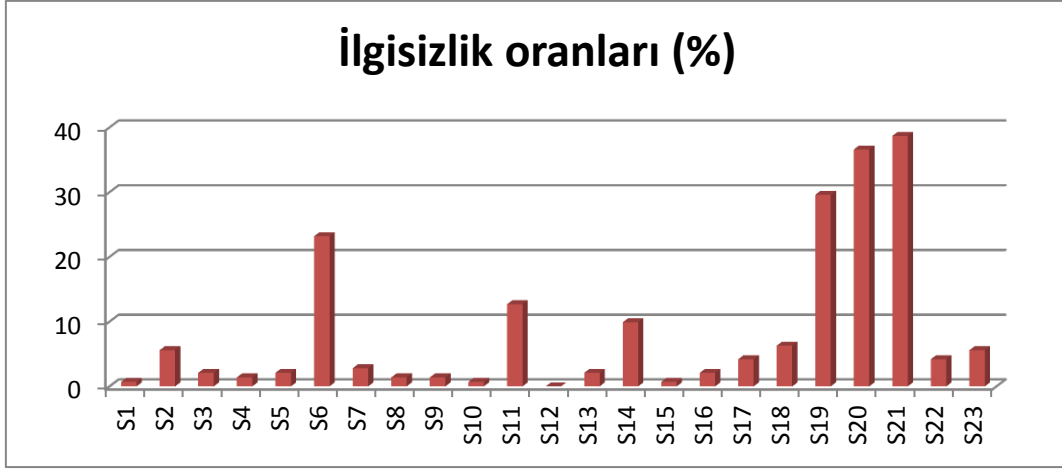
Ankete katılan kişilerin %16,2'si ilkokul %41,5'i lise %25,4'ü ön lisans ve %16,9'u lisans mezunudur. Ankete katılanların çoğunluğunu lise mezunları oluşturmaktadır. Anketin sorularına verilen cevaplar analiz edilmiş olup sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir. Eğitim gruplarının memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 3).

Şekil 1'de genel olarak soruların cevapsızlık oranlarını göstermektedir. Buna göre kişilerin verdiği ilgisiz cevapları grafiğe aktarılmıştır. Sonuçlara göre en yüksek cevapsızlık oranları sırasıyla Soru 21, Soru 20, Soru 19 ve son olarak Soru 6'da bulunmuştur. Bunların yüzdelik oranları soru analizlerinde verilmiştir.

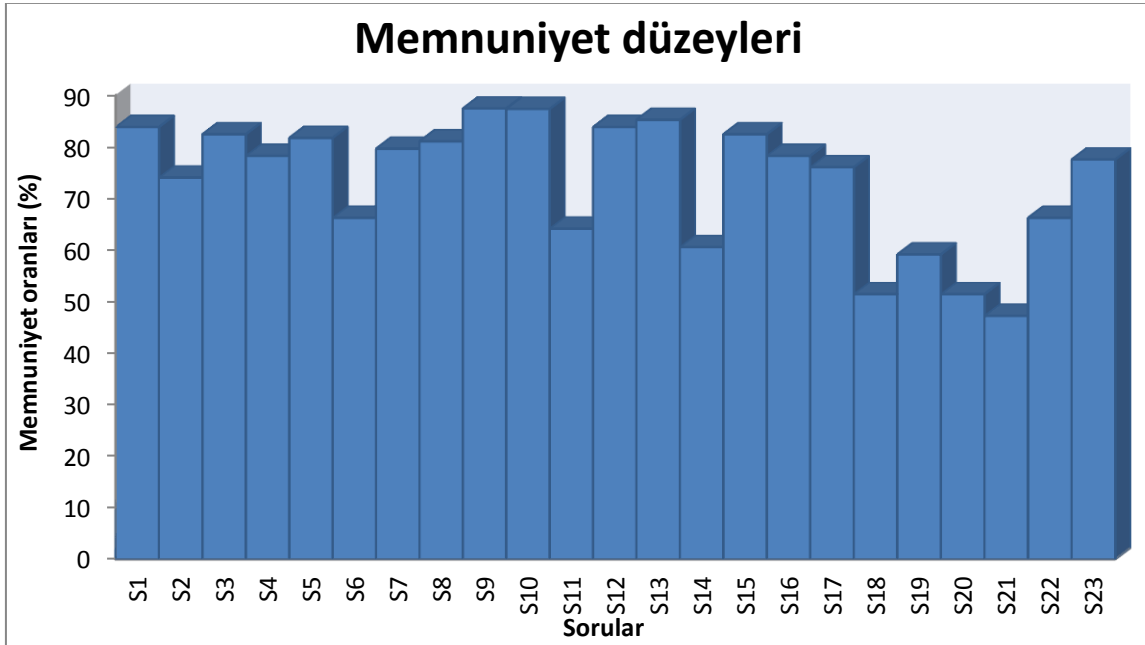
Şekil 2 ankete katılan kişilerin verdiği mükemmel ve iyi cevaplarının oranlarının toplanması ile elde edilmiştir. Bu sonuca göre kişilerin memnuniyet derecesinin en yüksek olduğu sorular 9 ve 10'uncu sorular olarak belirlenmiştir. Bunlar işini tam yapması ve sizi muayene etmesi sorularından oluşmaktadır. En düşük memnuniyet oranı olan sorular ise Soru 19 ve Soru 21 olarak belirlenmiştir. Bunlar ise doktor dışı personelin yardımı ve doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz sorularıdır.

Tablo 4:Katılımcıların Memnuniyet Düzeyi Dağılım Tablosu

SORULAR	Memnuniyet düzeyi (%)						Analizler	
	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel	İlgisiz	Aritmetik Ortalama	Standart sapma
1.Yeterli zaman ayırması	2,1	4,2	9,2	29,6	54,2	0,7	4,3	0,96
2.Özel durumla ilgilenmesi	6,3	3,5	10,6	26,1	47,9	5,6	4,2	1,21
3.Sorunları söylemeyi kolaylaştırması	2,1	4,9	8,5	33,8	48,6	2,1	4,2	0,98
4.Tıbbi kararlara sizi de katması	4,9	8,5	7,0	26,1	52,1	1,4	4,1	1,18
5.Sizi dinlemesi	3,5	0,7	12,0	22,5	59,2	2,1	4,3	0,99
6.Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	1,4	2,8	6,3	19,0	47,2	23,2	4,7	1,05
7.Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	2,1	4,9	10,6	31,0	48,6	2,8	4,2	1,01
8.İyi hissetmenize yardımcı olması	2,8	4,2	10,6	33,8	47,2	1,4	4,2	1,00
9.İşini tam yapması	2,1	4,2	4,9	27,5	59,9	1,4	4,4	0,94
10.Sizi muayene etmesi	1,4	4,2	6,3	23,9	63,4	0,7	4,4	0,90
11.Sunduğu hizmetler	3,5	7,7	12,0	17,6	46,5	12,7	4,3	1,27
12.Test ve tedavilerin amacını açıklaması	5,6	2,8	7,7	40,8	43,0	0	4,1	1,05
13.İstedığınız bilgileri vermesi	3,5	2,8	6,3	27,5	57,7	2,1	4,3	1,00
14.Duygusal sorunlarınıza yardım etmesi	4,9	5,6	19,0	24,6	35,9	9,9	4,1	1,26
15.Tavsiyelere uymanızı sağlaması	2,8	5,6	8,5	38,7	43,7	0,7	4,1	1,003
16.Önceki görüşmeleri hatırlaması	2,1	7,7	9,9	31,7	46,5	2,1	4,1	1,05
17.Sevk için sizi hazırlaması	3,5	4,9	11,3	35,2	40,8	4,2	4,1	1,08
18.Doktor dışı personelin yardımı	19,9	11,3	21,1	21,1	30,3	6,3	3,6	1,42
19.Randevu alabilme durumunuz	1,4	2,8	7,0	21,1	38,0	29,6	4,8	1,11
20.Muayeneye telefonla ulaşabilmeniz	3,5	4,2	4,2	15,5	35,9	36,6	4,8	1,27
21.Doktora telefonla ulaşabilmeniz	6,3	2,1	5,6	14,1	33,1	38,7	4,8	1,39
22.Bekleme odasında harcadığınız zaman	8,5	5,6	15,5	23,2	43,0	4,2	3,9	1,32
23.Acil sağlık için sunduğu hizmet	4,2	3,5	9,2	34,5	43,0	5,6	4,2	1,10



Şekil 1: Soruların Cevapsızlık Oranları



Şekil 2: Memnuniyet Düzeyleri Grafiği

TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak günümüzde en temel insan haklarından biridir. Bu hakkın eşit ve iyi bir biçimde sunulması için geçmişten günümüze birçok uygulama geliştirilmiştir. Bunların başında birinci basamak sağlık hizmetlerine verilen önem gelmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde sunulabilmesi için dünyada ve Türkiye’de birçok politika geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Ülkemizde ilk olarak sağlık ocakları kurularak birinci basamak sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. 1980’lere

gelindiğinde ise dünyada yayılan aile hekimliği kavramı ülkemizde etkilerini göstermeye başlamıştır. Bu tarihten itibaren ise üniversitede bölümlerin açılması ve uzmanlık eğitimlerinin verilmesiyle AH sistemi ülkemizde gelişmeye başlamıştır. 2005 yılına geldiğimizde ise pilot uygulama ile Düzce ilinde uygulanmaya başlanmıştır. 2014 yılına geldiğimizde ise Türkiye’de aile hekimliği tüm illerde uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık bakanlığı uygulamaya başladığı aile hekimliği ile ilgili geri dönüşleri alabilmek için anket çalışmaları ve analiz raporları yayınlamıştır. Bizim yaptığımız bu çalışma ise 8 yıldır AH sistemine geçmiş olan Gümüşhane’de anket çalışması yaparak memnuniyete dair bir geri dönüş alınmak istenmiştir. Bunun için Aktürk ve ark tarafından Türkçeye çevrilen Europep ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek sayesinde hekimlere geri bildirim yapılmakta ve ulusal verilerle kıyaslama imkanı sunulmaktadır. Gümüşhane’ye uyguladığımız ankette genel olarak memnuniyet seviyesi yüksek derecede bulunmuştur. Hastalar hekimlerin davranışlarından ve sunduğu hizmetlerinden memnun durumdadırlar.

Ölçeği aldığımız Aktürk ve ark. çalışmasında memnuniyet düzeyi % 60-70’lerde iken bizim yaptığımız çalışmada bu oran % 75-85 arasındadır. Örnek çalışmada en yüksek memnuniyet düzeyi soru 10 olarak belirlenmiştir. Bizim yaptığımız çalışmada ise 9 ve 10 uncu sorular memnuniyet düzeyi en yüksek sorular olarak dikkat çekmektedir. Cevapsızlık oranlarına bakıldığı zaman yaptığımız çalışmada 6, 19, 20 ve 21’inci sorular yüksek yüzdeye sahiptirler. Yararlandığımız çalışmada Avrupa’daki cevapsızlık ortalaması %9,7 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda yüksek cevapsızlık orana sahip sorular Avrupa’daki araştırmada şöyle çıkmıştır: Soru 19: %5 Soru 20: %6 ve Soru 21: %18 olarak bulunmuştur. Aktürk ve ark. yaptığı çalışmada ise cevapsızlık oranları Soru 19: %19, Soru20: %20, Soru21: %19 olarak bulunmuştur. Bizim yaptığımız çalışmaya bakacak olursak bu oranlar sırasıyla %29, %36 ve %38 olarak bulunmuştur. Cevapsızlık oranlarının yüksek çıktığı bu sorular ise sırasıyla muayeneye telefonla ulaşabilme randevu alabilme ve doktora telefonla ulaşabilme şeklindedir. Oranların yüksek çıkmasının sebebinin Türk kültür yapısından kaynaklandığını söylemek mümkündür.

Sağlık Bakanlığı’nın Kasım 2012-Ocak 2013 tarihleri arasında yaptığı ve 81 ili kapsayan memnuniyet araştırmasına göre ise Türkiye genelinde en yüksek memnuniyetsizliğe sahip durumların ‘Doktora telefonla ulaşabilme’, ‘Aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilme’, ‘Bekleme odasında harcadığınız zaman’ olarak bulunduğu görülmektedir (15).

Günümüzde hastaneler için de randevu sisteminin getirilmesiyle ve AH uygulamasının kullanımının artmasıyla bu cevapsızlık oranlarında düşüş yaşanacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

2007 yılında Pilot uygulama ile aile hekimliğine geçen Gümüşhane’de bu uygulamayı hasta tarafından yorumlayacak bir çalışma yapılmamıştır. Biz bu çalışmayı yapmaktaki amacımız hastaların aile hekimliği ve muayeneleri hakkındaki görüşlerini alarak memnuniyet düzeylerini belirlemek, uygulamanın hasta tarafından eksik yerlerinin görülmesini sağlamaktır. Bu verileri elde etmek için DSÖ nün Europep ölçeğini Gümüşhane’ye uyguladık. Gümüşhane’ye uygulanan Europep ölçeği öncelikle iki amaca hizmet edecektir. İlk olarak hekimleri değerlendirip, onlara gerekli geri dönüşü yaparak AH sisteminin daha kaliteli bir şekilde sunulmasını sağlamaktır. Bir diğer yarar ise Gümüşhane’deki aile hekimliği ile ilgili araştırmalara veri ve bilgi sağlayarak yerel ve ulusal anlamda AH uygulamasının daha iyi seviyeye gelmesini sağlamaktır. Yaptığımız araştırma Gümüşhane’nin merkez bölgesindeki 6 ASM için yapılmıştır. Bu ASM’lere gelen hastalardan bir örneklem sayısı belirlenerek bu kişi sayısına Europep ölçeği uygulanmıştır. Ölçek sonuçlarına bakacak olursak genel anlamda hastalar aile hekimliği sisteminden memnundurlar. Memnuniyet düzeyi düşük soruları incelediğimizde bunların Soru18 Soru14 ve Soru11 olduğunu görüyoruz bunların memnuniyet düzeyi sırasıyla: %51, %60 ve %65 olarak bulunmuştur. Bu sorulara bakacak olursak bunlar: soru18: doktor dışı personelin yardımı. Soru 14: sağlık durumunuzla bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması. Soru11: hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler. Bu bulgulara göre hastalar hekimlerin verdiği koruyucu hizmetler ve onların sorunlarıyla başa çıkabilmeleri için sunduğu duygusal yardımdan memnuniyetleri iyi seviyede değildir. Ayrıca hastalar hekim dışındaki diğer personelden de çok fazla memnun değildirler. Bunların daha iyi seviyeye gelmeleri için hekim dışındaki personelin iyi eğitilmesi, hekimlerin koruyucu hizmetlere daha fazla önem vermeleri ve hastaların daha iyi bir yaşam sürmeleri için onların sadece fiziksel sorunlarıyla değil duygusal sorunlarıyla da ilgilenmeleri gerekmektedir. Memnuniyetin genel düzeyi ise %87,5 olarak saptanmıştır. Bu memnuniyet düzeyi işini tam yapması sorusunun analizi ile bulunmuştur. Gümüşhane’de memnuniyetle ilgili daha iyi veriler ve tam sonuçlar için daha geniş kapsamlı ve Gümüşhane’nin ilçelerini de içine alan bir araştırma yapmak daha yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Ünalın P. Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004.
2. Çağlayaner H. Aile Hekimliği II. İletişim Yayıncılık A.Ş., Cep Üniversitesi 155 – 1995.
3. Kıvanç A, Şahinöz T. Gümüşhane Üniversitesi Öğrencilerinin Aile Hekimliği Konusunda Bilgi Durumlarının Saptanması, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;1(1): 41-48.
4. Dikici MF, ve ark. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2007, 27: 412-418.
5. Aktürk Z, Dağdeviren N. Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları, Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları No:15, Anadolu Ofset, İstanbul-2004.
6. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013 Cuma Sayı: 28539.
7. Wonca, European Definition Of Family Medicine 2005. Türkçe çeviri editörleri: Okay Başak ve Esra Saatçi, Aile hekimliği Avrupa Tanımı, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları. 4 Nisan 2011.
8. AKDAĞ R. İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Planı, Ağustos 2008 T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749.
9. Sayek F. Türkiye’de Sosyalleştirmenin 50 yılı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Ankara-Ekim 2012.
10. Öcek Z, Çiçeklioğlu M. Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamına Nasıl Dönüştürdü? Türk Tabipler Birliği Yayınları – 2013.
11. Yamalı S. Sağlıkta Dönüşüm: Aile Hekimliği Ders Notları – 2006.
12. Öztekin Z. Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği Toplum Hekimliği Bülteni, Cilt 25, Sayı 2, Mayıs 2006.
13. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Ankara-2013.
14. Aktürk Z. ve Ark. Hastalar Hekimleri Değerlendiriyor: Europep ölçeği. DEU Tıp Fakültesi Dergisi Eylül 2002.
15. Medihaber. Erişim Tarihi:20.06.2014 Aile Hekimlerinin İllere Göre Memnuniyet Düzeyleri. <http://www.medihaber.net/2014/04/09/aile-hekimlerinin-illere-gore-memnuniyet-duzeyleri/>

SAĞLIKTA ALGILANAN HİZMET KALİTESİ VE HASTANE TERCİH NEDENLERİNİN İNCELENMESİ

Yunus Emre ÖZTÜRK¹

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, hastanelerde sunulan hizmet kalitesinin, hastanede tedavi gören hastaların algı düzeyleri ve hastane tercih nedenleri üzerindeki etkisini incelemektir.

Araştırma, Konya ilinde yer alan Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada ve geçerliği-güvenirliği test edilmiştir. İki bölümden oluşan anket formundan yararlanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygun oldukları saptanmış ve verilerin değerlendirilmesinde, frekans, yüzde, aritmetik ortalama, tek yönlü Anova testleri kullanılmıştır.

Araştırma bulgularına göre; eğitim durumuna, hastane tercih nedenlerine, hastane polikliniklerinden memnun olma durumuna ve çevrelerindeki kişilere hastaneyi tavsiye etme durumlarına göre yatan hastaların algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) tespit edilmiştir.

Günümüzde hizmet pazarlama alanlarındaki gelişmeler sağlık hizmetlerini de etkilemiştir. Özel sağlık hizmetlerindeki artış ile sağlık politikalarındaki uygulamalar sağlık hizmetlerinde pazarlama faaliyetlerini önemli bir husus haline getirmiştir. Belirtilen tüm gelişmelerle birlikte, bu alana ve bu alanda yapılacak araştırmalara katkı sağlamak, bu araştırmanın önemini oluşturmaktadır. Sağlık hizmet sunucularından hizmet alan hastaların beklentileri ve algıları çerçevesinde; teşhis ve tedavi hizmetleri ve otelcilik hizmetlerine yönelik yapılması gerekenler tespit edilmiştir. Hastaların sağlık personeli tarafından bilgilendirilme düzeyi, iletişime geçilen sağlık personelinin belirliliği, hizmet alınan süreçte zaman kaybı ile temizlik, yemek, hasta odası vb. otelcilik hizmetlerine ilişkin beklentiler belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini

¹Yrd. Doç. Dr. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

İletişim/ Corresponding Author: Yunus Emre ÖZTÜRK

Geliş Tarihi/ Received : 17.07.2014

Tel: 0332-2233544 e-posta: yunuseozturk@gmail.com

Kabul Tarihi/ Accepted: 16.10.2014

PERCEIVED SERVICE QUALITY IN HEALTH AND THE REASONS FOR CHOOSING A HOSPITAL

ABSTRACT

To examine the perception of the service quality of the hospital by the patients who are undergoing treatment there and to analyze the reasons of the patients for choosing that hospital.

This research was performed with the patients who took inpatient and outpatient services in Necmettin Erbakan University Medical Faculty Hospital, located in Konya. In the study, a questionnaire form, which consists of two parts reliability and validity in research-tested, has been used. It is found that the data is suitable for normal distribution and in the evaluation of data; frequency, percentage, arithmetic mean and One way ANOVA tests were used.

Research also hospitalized patients according to gender detection of fak levels significantly ($p>0.05$), Educational status of patients according to the detection level is a significant difference between ($p<0.05$), Hospital preference, according to the detection level of the patient is a significant difference between ($p<0.05$), Hospital outpatient clinics of being nice to patients according to the status of a significant difference between the detection level ($p<0.005$), patients staying in the room according to the number of people hospitalized patients and the detection level is not a significant difference between ($p>0,005$), those around the subject of a research hospital, the referral status of patients according to the detection level is a significant difference between ($p<0.05$) were identified.

Today, developments in the fields of services marketing health services is also affected. The increase in private health care and health policies in health services marketing activities has become an important issue. Specified with all the developments in this field and to contribute to research in the field, the importance of this research. Health service server of the service area of patient expectations and perceptions within the framework of the diagnostic and treatment services, and hospitality services identified what needs to be done. Of the patients, medical personnel are informed by the level of contact with health personnel, and specificity, the service received in the process is a waste of time with cleaning, cooking, patient rooms, hotel services, etc of expectations that have been determined.

Keywords: Health Services Marketing, Service Quality, Patient Satisfaction

GİRİŞ

M.Ö. 2150 tarihli Hammurabi kanunlarında kalite ile ilgili ilk bilgiler yer almaktadır. Bu kanunlara göre "bir inşaat ustasının inşa ettiği ev, ustasının yetersizliği ve işini gerektiği yapmaması nedeniyle yıkılarak, ev sahibinin ölümüne yol açarsa; o usta öldürülür" (1). Söz konusu kanunlardan günümüz toplumunun yaşam yapısına kadar süre gelen zaman içinde kalite kavramı belirli bir düzeye ulaşmıştır. Kalite kavramı hizmet sektörü açısından incelendiğinde, hizmetlerin sunumunda önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Hizmet sunucularının müşterileri ile ilişkilerinde, kurumsal yapılanmalarında ve üretilen hizmetin niteliği bir değer olarak görülmektedir.

Sağlık hizmetleri, 224 Sayılı Kanunda (1961) insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmet sunucuları ve hastalar için önemli olduğu kadar kamu otoritesi için de önemlidir (2). Kamu yönetiminde rol alan siyasiler ve diğer kamu organları veya bunların oluşturduğu organizasyonlar açısından sağlık hizmet sunumları, kendi istikrar ve başarıları için de önemli olduğundan, toplumsal problem niteliğinde olan sağlık hizmet sunumlarına yönelik aksaklıklar ön plana çıkarılarak bunlara ilişkin çözüm önerileri öncelikli olmaktadır.

Toplumun ihtiyacı olan farklı türdeki sağlık hizmetlerinin hastaların ihtiyacını en uygun düzeyde karşılayacak şekilde sunulması sağlık hizmetlerinin temel amacıdır. Hızlı gelişen teknoloji, değişen yaşam standartları artan maliyetler, hastalık şikâyetleri ve nedenleri, toplumun iyi bakım beklentileri sağlık hizmetlerini karmaşık hale getirmiştir. Gelir ve refah düzeyinin toplumda artışı insanların daha iyi sağlık hizmeti alma beklentisini de arttırmıştır.

Sağlık hizmet sunucularının sayısı, niteliği, kamu veya özel olma durumu, insan kaynakları yapısına yönelik problemleri, donanım ve malzeme kullanım durumunda oluşan yetersizlikler göz önüne alındığında, bu sektörde düzeltici işlemlerin tesis edilmesi ile sunulan hizmetin kalitesinin yükseltilmesi hasıl olmuştur (3). Sağlık hizmetleri pazarlamasında başarıya ulaşmak için gerekli unsurlar müşterilere kaliteli hizmet sunma ve alınan mal/hizmetten memnuniyeti maksimize etmektir (4).

Sağlık hizmetini alan bireylerin algılarını değerlendirirken, beklenti ve algılamaların karşılaştırılması önemli bir husustur. Bu bağlamda algılanan hizmet, hizmeti alanların gözündeki değer olarak ifade edilmektedir. Hizmet sunumunda yer alan fiziksel donanım,

hizmeti alanlar ile hizmet sunumunda görevli olanlar arasındaki iletişim, hizmetin sunum ve tüketiminde zamanlama, hizmet sunumunda güvenilirlik unsurları etkili bileşenlerdendir. (5).

İyi işleyen rekabete dayalı piyasalardan sağlık hizmetleri piyasaları farklı olarak “aksak rekabet” ve “eksik bilgi” özellikleri taşır. Sağlık hizmetleri piyasası yapısı, gereği “aksak rekabet” ve “eksik bilgi” özelliklerini taşır. Büyük karları amaç edinmeyen firmalar, eksik ve kötü bilgi düzeyinde olan alıcılar, çoğu zaman sağlık hizmeti alanların katlanamayacağı maliyetler bu hizmetlerde görülen özelliklerdendir (6). Ayrıca bu sağlık hizmetleri heterojen özelliklidir (7).

Sağlık hizmet sunumunda söz konusu hizmeti alanların beklentileri önem oluşturmaktadır. Ayaktan veya yatarak tedavi hizmeti sunan kamu veya özel sağlık kuruluşları, sağlık hizmetleri ve hasta beklentileri açısından değerlendirmeler yaparak hizmet bileşenlerine ilişkin faaliyetler gerçekleştirirler. Beklentiler, sağlık hizmet sunucu seçimi ve buna benzer müşteri hareketlerini şekillendiren bir unsurdur. Sağlık hizmet sunucusunun yaşanılan yere yakınlığı, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin hastalarla olan iletişimi, tedavi sürecinde tıbbi sekreterlik hizmetlerinde harcanan zaman, laboratuvar ve diğer tıbbi hizmetlerde bekleme süreleri ile zamanlama, temizlik hizmetleri, fiziki ve sosyal alanlar ile otopark alanı gibi tıbbi bakım, otelcilik ve işletme hizmetleri ile ilgili özellikler, hastaların tercihlerinde belirleyici rol almaktadır.

Hastanelerde sunulan hizmet kalitesinin hastanede tedavi gören hastalar tarafından algı düzeyleri ve hastane tercih nedenlerini değerlendirme bu çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili tüm gelişmelerle birlikte, bu alana ve bu alanda yapılacak araştırmalara katkı sağlamak; bu araştırmanın önemini oluşturmaktadır.

MATERYAL VE METOT

Bu araştırma, Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi’nde sunulan hizmet kalitesinin hastanede tedavi gören hastalar tarafından algı düzeyleri ve hastane tercih nedenlerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini, Konya ilinde yer alan Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde poliklinik ve servis hizmeti alan 300 hasta oluşturmaktadır. Araştırmada servis ve poliklinik hastaları olmak üzere her iki grup için ayrı anket formu hazırlanıp uygulanmıştır. Araştırmada ve geçerliği-güvenirliği test edilmiş iki bölümden oluşan anket formundan yararlanılmıştır.

Araştırma kapsamında hastalara yapılan anket çalışmalarına 01 Mayıs 2014’de başlanmış ve 23 Mayıs 2014’de tamamlanmıştır. Araştırmada, hastalara yapılan anketlerin bir kısmı yüz yüze görüşerek aynı gün geri alınmış, bir kısmı ise bırakılarak belli bir süre sonra geri alınmıştır. Anketler toplandıktan sonra elde edilen veriler Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS 15,0) veri tabanına aktarılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygun oldukları saptanmış ve verilerin değerlendirilmesinde, frekans, yüzde, aritmetik ortalama, tek yönlü anova testleri kullanılmıştır. Araştırmanın yapıldığı Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi sonuçları yansıtılmaktadır.

BULGULAR

Araştırmaya göre Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde poliklinik ve servis hizmeti alan hastaların demografik bilgilerine ilişkin tablolar ve sorulara verilen cevaplara ilişkin tablolar aşağıda verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcılara (Poliklinik Hastaları) Ait Demografik Bilgiler

Sosyal Güvence			Cinsiyet		
	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Emekli Sandığı	25	16,7	Kadın	83	55,3
SSK	64	42,7	Erkek	67	44,7
Bağ-Kur	54	36	Toplam	150	100
Yeşil Kart	4	2,7			
Özel Sigorta	3	2			
Toplam	150	100			
Eğitim Durumu			Meslek		
	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Eğitimsiz	2	1,3	Öğrenci	10	6,7
Okur – Yazar	6	4,0	İşçi	33	22
İlköğretim	35	23,3	Memur	12	8
Lise	52	34,7	Emekli	22	14,7
Yüksekokul	8	5,3	Ev Hanımı	27	18
Üniversite	42	28,0	Özel Sektör	24	16
Yüksek Lisans-Doktora	5	3,3	İşsiz	1	0,7
			Diğer	21	14
Toplam	150	100	Toplam	150	100

Araştırmaya katılan Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde poliklinik hizmeti alan katılımcıların cinsiyet dağılımları incelendiğinde, katılımcıların 83'ünün (%55,3) kadın, 67'sinin (%44,7) ise erkek olduğu, Tablo 1. incelendiğinde Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde poliklinik hizmeti alan hastaların sosyal güvencelerinin 25'inin (%16,7) emekli sandığı, 64'ünün (%42,7) SSK, 4'ünün (%2,7) Yeşil Kart, 3'ünün (%2) özel sigortalı olduğu, Tablo 1. incelendiğinde Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde poliklinik hizmeti alan hastaların 2'sinin (%1,3) eğitimsiz olduğu, 6'sının (%4,0) okur-yazar olduğu, 35'inin (%23,3) ilköğretim mezunu olduğu, 52'sinin (%34,7) lise mezunu olduğu, 8'inin (%5,3) yüksekokul mezunu olduğu, 42'sinin (%28) üniversite mezunu olduğu, 5'inin (%3,3) yüksek lisans – doktora mezunu olduğu görülmektedir. Tablo 1. incelendiğinde Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde poliklinik hizmeti alan hastaların 10'unun(%6,7) öğrenci olduğu, 33'ünün (%22) işçi olduğu, 12'sinin (%8) memur olduğu, 22'sinin (%14,7) emekli olduğu, 27'sinin (%18) ev hanımı olduğu, 24'ünün (%16) özel sektör alanında olduğu, 1'inin (%0,7) işsiz olduğu görülmüş olup, diğer 21'inin (%14) olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde servis hizmeti alan katılımcıların cinsiyet dağılımları incelendiğinde, katılımcıların 69'unun (%46) kadın, 81'inin (%54) ise erkek olduğu, Tablo 2. incelendiğinde Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde servis hizmeti alan hastaların sosyal güvencelerinin 32'sinin (%21,3) emekli sandığı, 54'ünün (%36) SSK, 5'inin (%3,3) Yeşil Kart, 2'sinin (%1,3) özel sigortalı ve diğer 5'inin (%3,3) sosyal güvencesinin olmadığı görülmüştür. Tablo 1. incelendiğinde Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde servis hizmeti alan hastaların 2'sinin (%1,3) eğitimsiz olduğu, 4'ünün (%2,7) okur-yazar olduğu, 13'ünün (%8,7) ilköğretim mezunu olduğu, 46'sının (%30,7) lise mezunu olduğu, 17'sinin (%11,3) yüksekokul mezunu olduğu, 61'inin (%40,7) üniversite mezunu olduğu, 7'sinin (%4,7) yüksek lisans – doktora mezunu olduğu görülmektedir. Tablo 2. incelendiğinde Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde servis hizmeti alan hastaların 16'sinin(%10,7) öğrenci olduğu, 25'inin (%16,7) işçi olduğu, 21'inin (%14) memur olduğu, 22'sinin (%14,7) emekli olduğu, 23'ünün (%15,3) ev hanımı olduğu, 18'inin (%12) özel sektör alanında olduğu, 3'ünün (%2) işsiz olduğu görülmüş olup, diğer 22'sinin (%14,7) olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Katılımcılara (Poliklinik Hastaları) Ait Algılar

N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hastanesini Tercih Etmenizin En Önemli Sebebi Nedir ?			Poliklinik hizmeti alabilmek için ne kadar beklediniz ?			Bekleme ve doktor kabülü sırasında karşılaştığımız tutum ve davranışlar ?		
	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Sosyal güvencem nedeniyle ücretsiz	14	9,3	Beklemedim	26	17,3	Rahatsız edici	9	6
Daha iyi tedavi olma ümidi	50	33,3	10-15 dakika	56	37,3	İlgisiz ve kesmekeslik	11	7,3
En yakın sağlık kuruluşu olması	4	2,7	Yarım saat kadar	42	28	normal	73	48,7
Yardımcı olabilecek tanıdıkların	37	24,7	1 saat	13	8,7	Rahatsız edici değildi	35	23,3
sevk edildiğim için	4	2,7	1 saatten fazla	13	8,7	Çok iyi	22	14,7
Doktorumun burada çalışıyor olması	11	7,3						
Tavsiye edilmesi	23	15,3						
Rastgele kendi seçimim	7	4,7						
Toplam	150	100	Toplam	150	100	Toplam	150	100
Doktorun muayene için ayırdığı zaman yeterli mi ?			Çevrenizdeki kişilere bu hastaneyi tavsiye edermisiniz ?			Bir sağlık probleminiz olursa tekrar bu hastaneyi tercih edermisiniz ?		
	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Çok yeterli	14	9,4	Kesinlikle ederim	30	20	Kesinlikle ederim	22	14,7
Yeterli	63	42,3	Ederim	74	49,3	Ederim	84	56
İdare eder	50	33,6	Kararsızım	31	20,7	Kararsızım	31	20,7
Yetersiz	18	12,1	Etmem	8	5,3	Etmem	9	6
Çok yetersiz	5	2,6	Kesinlikle etmem	7	4,7	Kesinlikle etmem	4	2,7
Toplam	150	100	Toplam	150	100	Toplam	150	100

Tablo.2’de görüldüğü üzere, poliklinik hizmeti alan hastalar N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hastanesini tercih etmenizin en önemli sebebi nedir sorusuna; %9,3’ü (14 kişi) sosyal güvencem nedeniyle ücretsiz cevabını, %33,3’ü (50 kişi) daha iyi tedavi olma cevabını, %2,7’si (4 kişi) en yakın sağlık kuruluşu olması cevabını, %7,3’ü (11 kişi) doktorumun burada çalışıyor olması cevabını, %15,3’ü (23 kişi) tavsiye edilmesi cevabını, %4,7’si (7 kişi) rastgele kendi seçimim cevabını vermiştir. Tablo 3.’de görüldüğü üzere, poliklinik hizmeti alan hastalar poliklinik hizmeti alabilmek için ne kadar beklediniz sorusuna; %17,3’ü (26 kişi) beklemedim cevabını, %37,3’ü (56 kişi) 10-15 dakika cevabını, %28’i (42 kişi) yarım saat kadar cevabını, %8,7’si (13 kişi) bir saat cevabını, %8,7’si (13 kişi) bir saatten fazla cevabını vermiştir.

Tablo 2’de görüldüğü üzere, poliklinik hizmeti alan hastalar çevrenizdeki kişilere bu hastaneyi tavsiye eder misiniz sorusuna; %6’sı (9 kişi) rahatsız edici cevabını, %7,3’ü (11 kişi) ilgisiz ve keşmekeşlik cevabını, %48,7’si (73 kişi) normal cevabını, %23,3’ü (35 kişi) rahatsız edici değildi cevabını, %14,7’si (22 kişi) çok iyi cevabını vermiştir. Tablo 3.’de görüldüğü üzere, poliklinik hizmeti alan hastalar doktorun muayene için ayırdığı zaman yeterli mi sorusuna; %9,4’ü (14 kişi) çok yeterli cevabını, %42,3’ü (63 kişi) yeterli cevabını, %33,6’sı (50 kişi) idare eder cevabını, %12,1’i (18 kişi) yetersiz cevabını, %2,6’sı (5 kişi) çok yetersiz cevabını vermiştir. Tablo 3.’de görüldüğü üzere, çevrenizdeki kişilere bu hastaneyi tavsiye eder misiniz sorusuna; %20’si (30 kişi) kesinlikle ederim cevabını, %49,3’ü (74 kişi) ederim cevabını, %20,7’si (31 kişi) kararsızım cevabını, %5,3’ü (8 kişi) etmem cevabını, %4,7’si (7 kişi) kesinlikle etmem cevabını vermiştir. Tablo 3.’de görüldüğü üzere, poliklinik hizmeti alan hastalar bir sağlık probleminiz olursa tekrar bu hastaneyi tercih eder misiniz sorusuna; %14,7’si (22 kişi) kesinlikle ederim cevabını, %56’sı (84 kişi) ederim cevabını, %20,7’si (31 kişi) kararsızım cevabını, %6’sı (9 kişi) etmem cevabını, %2,7’si (4 kişi) kesinlikle etmem cevabını vermiştir.

Tablo 3.’de görüldüğü üzere, servis hizmeti alan hastalar “ N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hastanesini tercih etmenizin en önemli sebebi nedir?” sorusuna; %7,3’ü (11 kişi) sosyal güvencem nedeniyle ücretsiz cevabını, %39,3’ü (59 kişi) daha iyi tedavi olma cevabını, %4,7’si (7 kişi) en yakın sağlık kuruluşu olması cevabını, %16,7’si (25 kişi) doktorumun burada çalışıyor olması cevabını, %10,7’si (16 kişi) tavsiye edilmesi cevabını, %2’si (3 kişi) rastgele kendi seçimim cevabını vermiştir.

Tablo 3’de görüldüğü üzere, poliklinik hizmeti alan hastalar. “Bekleme ve doktor kabulü sırasında karşılaştığınız tutum ve davranışlar “ sorusuna; %8,7’si (13 kişi) rahatsız edici cevabını, %12’si (18 kişi) ilgisiz ve keşmekeşlik cevabını, %38’si (57 kişi) normal cevabını, %12’si (18 kişi) rahatsız edici değildi cevabını, %29,3’ü (44 kişi) çok iyi cevabını vermiştir.

Tablo 3’de görüldüğü üzere, servis hizmeti alan hastalar “ hizmet alabilmek için ne kadar beklediniz? “ sorusuna; %28,7’si (43 kişi) beklemedim cevabını, %42,7’si (64 kişi) 10–15 dakika cevabını, %23,3’ü (35 kişi) yarım saat kadar cevabını, %4’ü (6 kişi) bir saat cevabını, %1,3’ü (2 kişi) bir saatten fazla cevabını vermiştir.

Tablo 3’de görüldüğü üzere, servis hizmeti alan hastalar “ Bir sağlık probleminiz olursa tekrar bu hastaneyi tercih eder misiniz? “ sorusuna; %20’si (30 kişi) kesinlikle ederim

cevabını, %62,7'si (94 kişi) ederim cevabını, %14'ü (21 kişi) kararsızım cevabını, %2,7'si (4 kişi) etmem cevabını, %0,7'si (1 kişi) kesinlikle etmem cevabını vermiştir.

Tablo 3'de görüldüğü üzere, servis hizmeti alan hastalar “ Kaç kişilik odada kalıyorsunuz? “ sorusuna; %20'si (30 kişi) tek kişilik oda cevabını, %45,3'ü (68 kişi) iki kişilik cevabını, %24'ü (36 kişi) üç kişilik cevabını, %6,7'si (10 kişi) dört kişilik cevabını, %4'ü (6 kişi) daha fazla cevabını vermiştir. Tablo 3'de görüldüğü üzere, servis hizmeti alan hastalar “ Hastaneye yatışınız hangi şekilde oldu? “ sorusuna; %14,7'si (22 kişi) acil poliklinikten cevabını, %21,3'ü (32 kişi) özel muayeneden cevabını, %58'i (87 kişi) normal poliklinikten cevabını, %6'sı (9 kişi) başka kurumdan sevkli cevabını vermiştir.

Tablo 3. Katılımcılara (Yatan Hastalar) Ait Algılar

N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hastanesini tercih etmenizin en önemli sebebi nedir ?			Bekleme ve doktor kabulü sırasında karşılaştığımız tutum ve davranışlar ?			Hizmet alabilmek için ne kadar beklediniz ?		
	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Sosyal gövencem nedeniyle ücretsiz muayene olabılme imkanı	11,0	7,3	Rahatsız edici	13,0	8,7	Beklemedim	43,0	28,7
Daha iyi tedavi olma ümidi	59,0	39,3	İlgisiz ve keşmekeşlik	18,0	12,0	10-15 dakika	64,0	42,7
En yakın sağlık kuruluşu olması	7,0	4,7	Normal	57,0	38,0	Yarım saat kadar	35,0	23,3
Yardımcı olabilecek tanıdıkların olması	25,0	16,7	Rahatsız edici değildi	18,0	12,0	1 saat	6,0	4,0
Sevk edildiğim için	4,0	2,7	Çok iyi	44,0	29,3	1 saatten fazla	2,0	1,3
Doktorumun burada çalışıyor olması	25,0	16,7						
Tavsiye edilmesi	16,0	10,7						
Rasgele kendi seçimim	3,0	2,0						
Toplam	150	100	Toplam	150	100	Toplam	150	100
Bir sağlık probleminiz olursa tekrar bu hastaneyi tercih eder misiniz ?			Kaç kişilik odada kalıyorsunuz ?			Hastaneye yatışınız hangi şekilde oldu ?		
	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Kesinlikle ederim	30,0	20,0	Tek Kişilik	30,0	20,0	Acil poliklinikten	22,0	14,7
Ederim	94,0	62,7	İki Kişilik	68,0	45,3	Özel muayeneden	32,0	21,3
Kararsızım	21,0	14,0	Üç Kişilik	36,0	24,0	Normal poliklinikten	87,0	58,0
Etmem	4,0	2,7	Dört Kişilik	10,0	6,7	Başka kurumdan sevkli	9,0	6,0
Kesinlikle etmem	1,0	0,7	Daha fazla	6,0	4,0			
Toplam	150	100	Toplam	150	100	Toplam	150	100

Tablo 4.'de görüldüğü üzere; poliklinik hastalarının tedavi gördükleri yere göre hizmet kalitesini algılamalarında farklılık olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Tablo 5. incelendiğinde, cinsiyete göre poliklinik hastalarının algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), Eğitim durumuna göre poliklinik hastalarının algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), hastane tercih nedenlerine göre poliklinik hastalarının algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), hastane polikliniklerinden memnun olma durumuna göre poliklinik hastalarının algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,005$), hasta önce başka bir sağlık kuruluşuna tedavi görmek ya da kontrolden geçmek amacıyla gitme durumlarına göre poliklinik hastalarının algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), çevrelerindeki kişilere araştırmaya konu hastaneyi tavsiye etme durumlarına göre poliklinik hastalarının algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) tespit edilmiştir.

Yatan hastaların tedavi gördükleri yere göre hizmet kalitesini algılamalarında farklılık olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Tablo 5. incelendiğinde, cinsiyete göre yatan hastaların algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), Eğitim durumuna göre yatan hastaların algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), Hastane tercih nedenlerine göre yatan hastaların algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), Hastane polikliniklerinden memnun olma durumuna göre yatan hastaların algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,005$), Yatan hastaların kaldıkları odadaki kişi sayısına göre yatan hastaların algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,005$), çevrelerindeki kişilere araştırmaya konu hastaneyi tavsiye etme durumlarına göre yatan hastaların algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) tespit edilmiştir.

Tablo 4. Katılımcılara (Poliklinik Hastalar) Ait Puan Ortalamaları ile Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Arasındaki Farkı İlişkin Bulgular

Cinsiyet	N	Ortalama	T değeri	Anlamlılık		
Kadın	83	33,88	0,458	0,499		
Erkek	67	35,50				
Eğitim durumu	N	Ortalama	F değeri	P		
Eğitimsiz	2	29,05	1,909	0,083		
Okur Yazar	6	35,31				
İlköğretim	35	31,79				
Lise	52	36,06				
Yüksekokul	8	32,26				
Üniversite	42	35,49				
Yüksek Lisans - Doktora	5	36,97				
N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hastanesini tercih etmeniz en önemli sebebi nedir ?	N	Ortalama			F değeri	P
Sosyal güvencem nedeniyle ücretsiz	14	32,10	1,072	0,385		
Daha iyi tedavi olma ümidi	50	36,30				
En yakın sağlık kuruluşu olması	4	30,94				
Yardımcı olabilecek tanıdıkların olması	37	34,02				
Sevk edildiğim için	4	33,44				
Doktorumun burada çalışıyor olması	11	33,93				
Tavsiye edilmesi	23	35,40				
Rastgele kendi seçimim	7	31,85				
Hastane Poliklinik Hizmetlerinden Memnun musunuz?	N	Ortalama			F değeri	P
Evet	97	3,60			4,412	0,037
Hayır	52	3,16				
Daha önce başka bir sağlık kuruluşuna tedavi görmek yada kontrolden geçmek amacıyla gittiniz mi ?	N	Ortalama	F değeri	P		
Evet	141	3,43	1,627	0,204		
Hayır	8	3,77				
Çevrenizdeki Kişilere bu hastaneyi tavsiye eder misiniz ?	N	Ortalama	F değeri	P		
Kesinlikle ederim	30	38,75	7,66	0,000		
Ederim	74	35,43				
Kararsızım	31	30,58				
Etmem	8	30,43				
Kesinlikle etmem	7	30,77				

Tablo 5. Katılımcılara (Yatan Hastalar) Ait Puan Ortalamaları ile Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Arasındaki Farkı İlişkin Bulgular

Cinsiyet	N	Ortalama	T Değeri	Anlamlılık Düzeyi
Kadın	67	3,95	1,59	0,209
Erkek	81	4,08		
Eğitim durumu	N	Ortalama	F değeri	P
Eğitimsiz	2	4,20	3,496	0,003
Okur Yazar	4	4,27		
İlköğretim	13	3,50		
Lise	44	3,90		
Yüksekokul	17	4,08		
Üniversite	61	4,23		
Yüksek Lisans - Doktora	7	3,56		
N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hastanesini tercih etmenizin en önemli sebebi nedir ?	N	Ortalama	F değeri	P
Sosyal güvencem nedeniyle ücretsiz	11	3,71	4,488	0,000
Daha iyi tedavi olma ümidi	58	4,20		
En yakın sağlık kuruluşu olması	7	3,65		
Yardımcı olabilecek tanıdıkların olması	25	3,56		
Sevk edildiğim için	4	4,27		
Doktorumun burada çalışıyor olması	25	4,19		
Tavsiye edilmesi	15	4,27		
Rastgele kendi seçimim	3	3,42		
Hastane Poliklinik Hizmetlerinden Memnun musunuz ?	N	Ortalama	T Değeri	P
Evet	87	4,26	22,892	0,000
Hayır	61	3,67		
Kaç kişilik Odada Kalıyorsunuz	N	Ortalama	F değeri	P
Tek Kişilik	29	4,28	2,26	0,066
2 Kişilik	68	3,92		
3 Kişilik	35	4,07		
4 Kişilik	10	4,04		
Daha Fazla	6	3,56		
Çevrenizdeki Kişilere bu hastaneyi tavsiye eder misiniz ?	N	Ortalama	F değeri	P
Kesinlikle ederim	39	4,33	19,432	0,000
Ederim	83	4,14		
Kararsızım	21	3,15		
Etmem	3	2,57		
Kesinlikle etmem	2	4,13		

TARTIŞMA

Araştırma sonucunda elde edilen poliklinik ve yatan hastaların algılamaları ve hastane tercih nedenlerine ilişkin bulgular Erdem'in çalışması ile uyumluluk göstermektedir (8) .

Emhan A. ve ark. tarafından yapılan çalışmada yatarak ve ayaktan tedavi görmüş hastalar memnuniyet oranları açısından karşılaştırılmıştır. Yatan hastalar doktor ilgisi, laboratuvar ve radyoloji hizmet kalitesi ve hasta güvenliği bakımından ayaktan hastalara göre daha fazla oranda memnuniyet bildirmişlerdir (9). Araştırmamızda bu oran %42 oranında olumlu ve %38 oranında normal değerlerde çıkmıştır (Tablo3).

Yıldırım S.Y. ve ark. tarafından yapılan çalışmada, araştırmaya konu hastanenin tercih edilmesinde en önemli etkenin, hastaneye olan güven olduğu, ilk defa başvuru yapan hasta oranının %20 ve tekrar hastaneyi tercih etmek isteyenlerin oranının %90 olduğu sonucuna varılmıştır (10). Araştırmamızda ise %39,3 yatan hastalarda ve %33,3 ise poliklinik hastalarında ise başvurdukları hastanenin 'daha iyi tedavi olma ümidi' ile başvurmuş olmaları sonucu çıkmıştır (Tablo 2, Tablo3).

Şişe ve Altinel tarafından Afyon Kocatepe Üniversitesi ANS Araştırma ve Uygulama Hastanesinde gerçekleştirilen çalışma ile ilgili olarak hastaların memnuniyet düzeylerinin yüksek bulunduğu, servislerde genel konularda hastalar tarafından belirtilen olumsuzlukların giderilmesi ile hasta memnuniyetinin daha da artırılacağı ve böylece hizmet kalitesinin hedeflenen düzeye ulaşabileceği önerileri belirtilmiştir (11). Araştırmamızda ise bir hastaneyi tekrar tercih etme sorusuna verilen cevap %62,7 olması söz konusu hastanenin memnuniyet düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Önsüz ve ark. tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılan çalışmada katılımcıların çoğunlukla kurum sevklerinin işleme geçirilmesi, kalacağı odayı bulabilme, odalarının hazırlanması gibi konularda zorlukla karşılaşmadıklarını, katılımcıların çoğunun ziyaret saatlerinin uygun olduğunu, ihtiyaç duyduklarında ilgili birimdeki sorumlu doktora ulaşabildiklerini, teşhis ve tedavi için yapılan işlemleri yeterli bulduklarını ve hastaların çoğunun gerekli olduğunda hastaneye yeniden başvurmayı düşündükleri ve bir yakınları için de gerekirse hastaneyi tavsiye edecekleri sonucuna ulaşılmıştır (12). Araştırmamızda ise "çevrenizdeki kişilere hastaneyi tercih eder misiniz" sorusuna verilen cevap %69,3 oranında tavsiye ederim sonucu çıkmıştır.

Tükel B. ve ark. (2004) tarafından Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesine yapılan çalışmada, araştırma grubunun hastane hizmetleri hakkındaki görüşleri

konusunda %80,8'lik bir oranla en fazla işaret levhalarından memnun kaldıkları, danışma hizmetlerinden memnuniyetin %76,4 oranında olduğu, danışma hizmetlerini %74,3'lük oranla ulaşım hizmetleri olduğu, haberleşme hizmetlerinden memnuniyet %72,6, park yeri hizmetlerinden memnuniyet %40,8 ve tuvaletlerin temizliğinden memnuniyetin %42,4 oranında olduğu sonucuna ulaşmışlardır. İbn-i Sina Hastanesi yönetiminin park yeri hizmetlerini ve tuvalet temizliği konularını değerlendirerek çözüm üretmesi gerektiğini belirtmişlerdir (13).

Aytar G. ve Yeşildal N. tarafından Düzce Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada, katılımcıların %93,4'ü hastalandıklarında hastaneyi tekrar tercih edeceklerini ve %91,8'i hastane hizmetlerinden genel olarak memnun kaldığı belirtmişlerdir (14). Araştırmamızda ise %70 oranında tekrardan tercih ederim sonucu çıkmıştır.

Priporas, C.V. ve ark. tarafından Yunanistan'da yapılan çalışmada hastaların memnuniyet düzeyi üzerindeki en önemli değişkeninin verilen sağlık hizmetinin kalitesi olduğu, hastaların memnuniyetlerinin sadece sağlık bileşenlerinin kalite düzeyi değil aynı zamanda onların deneyimleri yani hastaneye gitme sıklıklarıyla da ilgili olduğu sonucuna ulaşmışlardır (15). Bizim çalışmamızda ise doktorların ilgisinin fazla olması, bekleme süresinin az olması, odalarda yatan hasta sayısının az olmasının ve tekrar hastaneyi tercih edebileceklerinin olması hastaların memnuniyet algısını etkilemektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada poliklinik hastalarla ilgili memnuniyet araştırmasına baktığımızda; cinsiyet, eğitim durumu, hastaneyi tercih etme nedeni açısından ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Hastanenin poliklinik hizmetlerinden memnun musunuz sorusuna verilen cevapta ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olduğu gözlemlenmiş evet diyenlerin ortalamaları daha fazla çıkmıştır ($p<0,05$). Hastaneyi çevrenize tavsiye eder misiniz sorusuna verilen cevaplarda yine ortalamalar arasında anlamlı bir fark gözlemlenmiş, ederim diyenlerle kesinlikle ederim diyenlerin ortalamaları daha fazla çıkmıştır ($p<0,05$).

Araştırmada yatan hastalarla ilgili memnuniyet araştırmasına baktığımızda; cinsiyet, odada kalma sayısı açısından incelendiğinde grupların ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Eğitim durumu açısından ortalamalar arasında anlamlı bir fark çıkmıştır ve ilk öğretim ve lise mezunu hastaların memnuniyet düzeyleri konusunda kararsız bir tutum sergilemişlerdir($p<0,05$). Hastane poliklinik hizmetlerinden memnun musunuz

sorusuna verilen cevaplarda ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olduğu gözlemlenmiştir ($p < 0,05$). Memnun olduklarını belirtenlerin oranları daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Çevrenizdekilere bu hastaneyi tavsiye eder misiniz sorusuna verilen cevaplarda yine ortalamalar arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir ($p < 0,05$). Kesinlikle tavsiye ederim diyenlerle tavsiye ederim diyenlerin ortalamaları daha fazla çıkmıştır.

Araştırmamızda Sağlık hizmetleri pazarlamasının bileşenleri, sağlık hizmetleri sektöründe ve bu sektöre ilişkin pazarlama faaliyetleri sürecinde önemli bir yere sahiptir. Bu çalışmada, poliklinik hizmeti ve yatarak tedavi hizmeti alan hastaların algıları ile hastane tercih nedenleri üzerinde durulmuştur. Sağlık hizmet sunumunda faaliyet gösteren hastanelerin bu hizmetleri yürütürken hastaların sahip oldukları algılar ile yönetsel kararlarda bu algıların etkili olması özellikle hususlardan biridir.

Hastaların tedavi gördükleri farklı tıbbi bölümler, hastaların cinsiyeti, eğitim durumları, hastaların tedavi gördükleri farklı sağlık hizmet sunucularının yanı sıra; hastaların sağlık hizmeti almaları ile ilgili çevrelerinde yaşayan kişilere tavsiye etme durumları ile özellikle poliklinik hizmetlerine yönelik memnuniyet dereceleri hem hastalar hem de hastane yönetimi açısından önemli bir konudur.

Hastane yönetimi poliklinik ve yataklı tedavi hizmetlerini alan hastaların, bu hizmetlerden faydalanma süresince aşırı zaman kayıplarına neden olacak faktörleri titiz bir şekilde belirlemelidirler. Sağlık personeli ve diğer personel ile hastalar arasında etkili iletişim süreci oluşturulmalı, hastaların beklentilerine ivedi çözümler getirilmelidir. Tıbbi bakım hizmetleri olarak hekimlik ve hemşirelik hizmetleri kapsamında güçlü ve zayıf yönlerin detaylı analizleri yapılmalıdır. Hastaların sağlık hizmetlerini almaya başlamalarında ilk andan itibaren tüm süreç boyunca konfor ve rahatlığın sunulmasına ilişkin gerekli donanım ve düzenlemeler hastane yönetimince yerine getirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Şimşek M. "Toplam Kalite Yönetiminde Başarının Anahtarı İnsan Faktörü" Babıâli Kültür Yayınları, İstanbul, 2002: 16.
2. Varinli, İ. "Tüketicilerin Hizmet Kalitesi Algılamalarının Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma", 4. Ulusal Pazarlama Kongresi, 18–20 Kasım, 1999: 219–227.

3. Zerenler, M. & Ögüt, A. “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği”, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2007;18; 501-51.
4. Kotler, P. Marketing Management, The Millennium Edition. New Jersey, PrenticeHall.-2000
5. Parasuraman, A., Zeithaml, V. ve Berry, L. L.. Servqual: A Multiple-Item Scale For Measuring Customer Perceptions Of Service Quality. Journal of Retailing, 1988; 64 (Spring): 12-40.
6. Altay, A., “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi” Ocak-Mart 2007; 37-39.
7. Stiglitz Joseph E. Economics of the Public Sector, 2nd ed. New York, W.N. Norton Comp; Inc.- 1988
8. Erdem, Ş.. “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama”. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi-2007.
9. Emhan, A., Bez, Y., Dülek, E. “Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri”. Dicle Tıp Derg / Dicle Med J ,2010;37(3): 241-247.
10. Yıldırım, Y.S., Aksoy, F., Veyseller, B., Altın, S. “ Hastaların Hastane Tercihini Etkileyen Faktörler”. Nisan-Mayıs-Haziran 2009 Haseki Tıp Bülteni: 11.
11. Şişe, Ş., Altınel, E. C., (2012) “Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hasta Memnuniyeti” Selçuk Tıp Derg. 2012;28(4):213-218.
12. Önsüz, F.M., Topuzoğlu, A., Cöbek, C.U., Ertürk, S., Yılmaz, F., Birol, S. (2008). “İstanbul’da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi” Marmara Medical Journal 2008;21(1):033-049.
13. Tükel, B., Acuner, A.M., Önder, Ö.R., Üzgül, A. “Ankara Üniversitesi İbn-İ Sina Hastanesi’nde Yatan Hasta Memnuniyeti”. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. . 2004;57(4): 205-214.
14. Aytar , G., Yeşildal, N., . “ Yatan Hasta Memnuniyeti”. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 3: 10-14.
15. Priporas, C.V., Laspa, C., Kamenidou, I.,. “Patient Satisfaction Measurement For In-Hospital Services: A Pilot Study In Greece”. Journal of Medical Marketing. 2008; 8 (4): 325–340.



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

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