



# GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ



CİLT : 3 / SAYI : 3

ISSN 2146 - 9954

2014

## GÜMÜŞHANE UNIVERSITY JOURNAL OF HEALTH SCIENCES



Arı ve Polen / GÜMÜŞHANE

SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Bağlarbaşı Mah. 29100 / GÜMÜŞHANE

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

sbd@gumushane.edu.tr

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

## İÇİNDEKİLER

<b>Hemşirelerin Bilgisayar Kullanımlarına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi</b>	845
<b>( Araştırma Makalesi)</b>	
Havva Kaçan SOFTA, Funda AKDURAN, Erhan AKYAZI	
<b>Hemşirelik Ve Ebelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri İle Öğrenme</b>	859
<b>Bişemleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Araştırma Makalesi)</b>	
Belgin YILDIRIM, Şükran ÖZKAHRAMAN KOÇ, Seher Sarıkaya KARABUDAK	
<b>Annelerin Bebeklerine Yapılan Topuk Kanı Alma İşlemi Hakkındaki Bilgileri</b>	883
<b>(Araştırma Makalesi)</b>	
Esra TURAL BÜYÜK	
<b>Sınıf Öğretmenliği Bölümünde Öğrenim Gören Öğrencilerin Madde Kullanım</b>	892
<b>Durumlarına Göre Benlik Saygısının İncelenmesi (Araştırma Makalesi)</b>	
Seher ZENGİN, Birsen ALTAY	
<b>Vajinal Doğum Ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı</b>	908
<b>Düzeylerinin Karşılaştırılması (Araştırma Makalesi)</b>	
Sevgül DÖNMEZ ,Özgür Ahmet YENİEL, Oya KAVLAK	
<b>Yenidoğan Kliniğinde Bebeği Yatan Annelerin Postpartum Depresyon Belirtileri</b>	921
<b>Ve Emzirme Özyeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi (Araştırma Makalesi)</b>	
Sibel KÜÇÜKOĞLU, Ayda ÇELEBİOĞLU, Didem COŞKUN	
<b>Radyoterapi Sonucu Gelişen Yan Etkiler Ve Hemşirelik Yaklaşımı ( Derleme)</b>	933
Aslı SİS ÇELİK	
<b>Ahlaki Gelişim Ve Hemşirelik (Derleme)</b>	948
Gülay İPEK ÇOBAN, Sinem TÜRER	
<b>Nöro-Onkoloji Hemşiresinin Rollerini (Derleme)</b>	959
Şenay KARADAĞ-ARLI, Aysel GÜRKAN	
<b>İki haftada yedi pulmoner renal sendrom olgusu. RPGN mevsimi mi?</b>	967
<b>( Olgu Sunumu)</b>	
Ali GÜREL, Bilge AYGEN, Hüseyin ÇELİKER, Ayhan DOĞUKAN	



**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

**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,  
sürelî yayın

Dergimize Makale  
Göndermek İçin:

sbd@gumushane.edu.tr

**EDİTÖRDEN...**

Sevgili Bilim İnsanları,

Yıllar önce sağlıklı olmakla ilgili bir karar verdik. Kimse bize bu mesleğin diğerlerinden oldukça farklı olacağını, işimizi işte bırakamayacağımızı, gece gündüz devam edeceğini, 08:00-17:00 mesai saatlerinin pek anlam ifade etmeyeceğini, belki de bu yüzden arkadaş çevremizin çoğunlukla meslektaşlarımız ve çocukluk arkadaşlarımızdan oluşacağını, programlı bir komşu ziyaretinin bir hayalden ileri pek geçemeyeceğini ve bu yüzden İyi bir komşu dahi olamayacağımızı söylemedi. Kimse bize hayatın çoğunlukla acı yönüyle karşılaşacağımızı, yardım etmeye çalışacağımız insanların ne yazık ki birçoğunun acısını çıkarmak için başvuracakları ilk insan olacağımızı da söylemedi. Eğer bunları bilseydik yine de bu kararı alarmıydık? Belki almazdık. Ama o zaman bütün bunlara rağmen yaşadığımız küçük ama çok önemli mucizelere, mutluluk gözyaşlarına şahit olmaz, başka hiçbir meslekte olmayan insanlara yardım etmenin o tarif edilmez huzur ve mutluluğunu yaşayamazdık. Evet, çok zor bir meslek ama kabul edelim, sağlıklı olmaya karar verdiğimizde bizi biz yapan ve mutlu eden bir tercih yapmışız. Bilerek yada bilmeyerek...

Dergimizin bu sayısında 6 orijinal araştırma makalesi, 3 derleme ve 1 olgu sunumu yer almaktadır. Birinci araştırma makalemiz Havva Kaçan SOFTA ve arkadaşlarının "Hemşirelerin Bilgisayar Kullanımlarına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi" adlı araştırma makalesidir. Bu makaleyi Belgin YILDIRIM, Şükran ÖZKAHRAMAN KOÇ ve Seher Sarıkaya KARABUDAK'ın "Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri ile Öğrenme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli araştırma makalesi takip etmektedir. Üçüncü makalemiz Esra TURAL BÜYÜK'ün "Annelerin Bebeklerine Yapılan Topuk Kanı Alma İşlemi Hakkındaki Bilgileri" adlı araştırma makalesidir. Bu makaleyi Seher ZENGİN ve Birsen ALTAY'ın "Sınıf Öğretmenliği Bölümünde Öğrenim Gören Öğrencilerin Madde Kullanım Durumlarına Göre Benlik Saygısının İncelenmesi" isimli araştırma makalesi izlemektedir. Sonraki makalemiz Sevgül DÖNMEZ, Özgür Ahmet YENİEL ve Oya KAVLAK'ın "Vajinal Doğum ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması" isimli araştırma makalesidir. Bu sayının son araştırma makalesi Sibel KÜÇÜKOĞLU, Ayda ÇELEBİOĞLU ve Didem COŞKUN'un "Yenidoğan Kliniğinde Bebeği Yatan Annelerin Postpartum Depresyon Belirtileri ve Emzirme Özyeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi" adlı araştırma makalesidir. İlk derlememiz Aslı SİS ÇELİK'in "Radyoterapi Sonucu Gelişen Yan Etkiler ve Hemşirelik Yaklaşımı" isimli derlemesidir. Bu derlemeyi Gülay İPEK ÇOBAN, Sinem TÜREK'in "Ahlaki Gelişim ve Hemşirelik" adlı çalışması izlemektedir. Bu derlemeleri Şenay KARADAĞARLI ve Aysel GÜRKAN'ın "Nöro-Onkoloji Hemşiresinin Rollerini" isimli derlemesi izlemektedir. Bu sayıda yer alan tek olgu sunumu Ali GÜREL, Bilge AYGEN, Hüseyin ÇELİKER ve Ayhan DOĞUKAN'ın "İki haftada yedi pulmoner renal sendrom olgusu. RPN mevsimi mi?" adlı olgu sunumudur.

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](mailto:sbd@gumushane.edu.tr)) gönderilmesi gerekmektedir. Yayınlanmak üzere dergimize gönderilen çalışmaların tüm sorumlulukları yazarlara aittir.

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

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

Yazım kuralları ile ilgili gerekli görülen düzeltmeler editör ya da hakemler tarafından yapılabilir. Düzeltme için geri gönderilen yazılarda, hakemlerin ve editörün istemleri dışında değişiklikler yapılamaz. Dergide yayınlanan yazılar için yazarlara bir ücret ödenmez. 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	Evrım AKTEPE Süleyman Demirel Üniversitesi
Ayişe KARADAĞ Gazi Üniversitesi	Evrım 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 Alparslan 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

## HEMŞİRELERİN BİLGİSAYAR KULLANIMLARINA YÖNELİK TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Havva Kaçan SOFTA<sup>1</sup>, Funda AKDURAN<sup>2</sup>,

Erhan AKYAZI<sup>3</sup>

### ÖZET

Bu çalışma, hemşirelerin bilgisayar kullanımlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, 3 hastanede çalışan ve çalışmaya katılmaya gönüllü hemşireler (n:160) ile yapılmıştır. Araştırmada Zayim ve arkadaşlarının hemşirelerin bilgisayar kullanımına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada kullandıkları ölçekten yararlanılmıştır (1).Araştırmaya katılan hemşirelerin % 37,5'i özel hastane, % 62,5'i devlet hastanesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin günlük bilgisayar kullanma süresi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte bilgisayar kullanımına yönelik tutum puan ortalamaları kurum değişkenine göre farklı bulunmuştur ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Hemşirelerin meslekte bilgisayar kullanımına yönelik tutumları incelendiğinde en yüksek; %60 hemşirenin “Hemşirelik uygulamalarında ve değerlendirilmelerinde bilişim teknolojilerinin kullanılması gereklidir” ve %59 hemşirenin “Bilişim sistemindeki ilerlemeler hemşireye yeni roller kazandırmıştır” tutumuna “katılıyorum” yanıtını vermesi hemşirelerin bilgisayar ve bilişim teknolojilerine uyumlarının sevindirici düzeyde olduğunu göstermiştir. Hemşirelerin sağlık bakımı sisteminde bilgisayardan yararlanmaları için bilgisayar kullanımı ve eğitimi konusunda desteklenmesi gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Hemşirelik, Bilgisayar, Bilgisayar Kullanımı.

---

\*Bu çalışma,11-13 Ekim 2012 tarihlerinde Ankara Fatih Üniversitesinde düzenlenen 1.Ulusal Uluslararası Hemşirelikte YeniliklerKongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur

<sup>1</sup>Öğr. Gör.,Kastamonu Üniversitesi

<sup>2</sup>Araş.Gör.,Sakarya Üniversitesi

<sup>3</sup>Doç. Dr.,Marmara Üniversitesi

**İletişim/ Corresponding Author: Havva KAÇAN SOFTA**

**Tel:** 03662804133 **e-posta:**kacanbe@hotmail.com

**Geliş Tarihi/Received :** 02.11.2013

**Kabul Tarihi/ Accepted:** 28.04.2014

## **THE EVALUATION OF THE ATTITUDES DIRECTED TO THE COMPUTER USAGE OF NURSES**

### **ABSTRACT**

This study, which has defining characteristics, was fulfilled with the nurses (n: 160) working in 3 Hospital, and volunteer to participate the study. Research Zayim et al in his study in order to determine their views on the use of computers used by nurses to the scale used (1). 37.5% of the nurses, who participated the study, work in private hospital; 62.5% of them work in public hospital. A significant relation between the daily computer usage of the nurses and their education level was revealed. The attitude point average directed to the computer usage at work of the nurses, who participated the study, was detected different considering institution variables and this difference is meaningful in terms of statistical. When examined the attitudes directed to the computer usage at work of the participant nurses; seeing at the top rate: 60% of the nurses gave the answer “The information and communication technology is necessary for the nursing practices and evaluations” and 59% of them gave the answer “I agree with the idea: The development in information system gained the nurses new roles” – shows that the coherence of the nurses with the computer and information technology is at a gladsome level. Nurses should be reinforced about computer usage and training to take advantage of computers on health care system.

**KeyWords:** Nursing, Computer, Computer Usage.

## GİRİŞ

Son yıllarda, bilgisayar ve bilişim teknolojilerinin gelişimi ile sağlık mesleklerinde ve özellikle profesyonel bir meslek olan hemşirelikte önemli değişiklikler ve gelişmeler yaşanmaktadır. Bilgisayar ve bilgisayar denetimli sistemler, çağdaş tıpta, tanı ve tedaviye olağanüstü boyutlar getirmekte, büyük kolaylıklar sağlayıp, sağlık bakım sunumuna hız vermekte, maliyeti azaltarak, sağlıklı/hasta bireyle ilgili verileri kısa sürede elde etmeyi sağlamaktadır. Bunun yanında karmaşık ve birbirine çok yakın birçok vakanın hızlı, güvenli ve doğru olarak yorumlanabilmesine imkân sunmaktadır (2,3,4,5). Bilişim teknolojileri, hemşirelik verilerinin ve bilgi birikiminin yayınlanmasını, paylaşılmasını ve bilgiye ulaşmayı kolaylaştırmakta, klinik karar verme aşamalarında hemşirelere destekler sağlamaktadır. Ayrıca bilişim teknolojileri hemşirelerin diğer sağlık profesyonelleri ile olan çalışmalarını destekleyip enformasyon paylaşımını hızlandırarak bakımın nasıl sunulacağını belirlemektedir (3,6).

Bilgi ve iletişim teknolojilerinin tüm profesyonel mesleklerde olduğu gibi hemşirelikte de doğru ve etkin kullanımı büyük önem taşımaktadır. Hemşirelik kuruluşları teknolojiyi, hemşirelik uygulamalarının temel yapı taşı olarak kabul etmekte ve teknolojiyi etkili olarak kullanabilme, bilgi, beceri ve tutuma sahip olmayı hemşirelikte aranan bir nitelik olarak vurgulamaktadır. Nitekim İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti Bilgi Merkezi kendi bünyesinde çalışan tüm hemşireler için temel yeterlilik olarak, Avrupa Bilgisayar Kullanım Lisansı aranmasını önermektedir (7,8,9). Sağlık hizmetleri gün geçtikçe karmaşıklaşmakta ve bilgisayara bağlı hale gelmektedir. Her yıl hastalar için toplanan ve depolanan tıbbi veri miktarı büyük bir hızla artmakta ve katlanarak büyümektedir. Bu verilere yeniden ulaşma, kullanma ve işleme bir yandan giderek daha zor bir hale gelirken bir yandan da bu gereksinim daha fazla önem kazanmaktadır. Bunun bir sonucu olarak bilgi işleme yöntemlerinin sistematik uygulanmasına; karmaşık sorunları çözecek kurumlara ve tekniklere; bilgisayar ve bilgi teknolojilerinin kullanımına büyük bir gereksinim ve talep doğmaktadır (10). Sağlık teknolojilerini kullananların %80'i hemşirelerdir. Hastadan veriyi toplayan, topladığı veriyi elektronik sağlık kayıtlarına aktaran hemşireler hastaya doğrudan bakım veren, ihtiyaçlarını belirleyen, nerede, ne zaman, hangi malzemenin kullanılacağına karar veren en büyük sağlık ekibi grubu ve bilgisayar ortamına uyarlanmış sistemin birincil kullanıcılarıdır. Bu sebeplerden dolayı günümüzde profesyonel sağlık bakımı için bilgi teknolojilerini kullanarak kanıta dayalı karar verebilen hemşirelere ihtiyaç duyulmaktadır. Yeni yetişen hemşirelerin

bilgi teknolojilerine ilişkin bilgi, beceri ve eleştirel düşünme yeteneğine sahip olmaları, hemşirelik ve bilişim yeterliliklerini entegre edebilmeleri beklenmektedir (3,5,6,10,11.) Bunun için, hemşirelerin bilgisayar kullanımıyla ilgili bilgi, beceri ve görüşlerini analiz eden çalışmalara gereksinim vardır. Bu çalışma, bu gereksinime yanıt vermek amacıyla planlanmıştır.

Ülkemizde hemşirelerin, bilgisayar kullanımlarının değerlendirilmesi, bilişim teknolojilerini kullanma, bunun yararlarını hasta bakımına yansıtma düzeyleri ve bunu etkileyen faktörler konusunda yapılan çalışmalar sınırlıdır. Hemşirelerin bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmasının geliştirilmesi hakkında yapılacak araştırmalar, sağlık bakım sunumuna hız kazandırarak, sağlıklı/hasta bireye bakım uygulamalarına destek olacaktır. Bu gereksinimlerden yola çıkarak gerçekleştirilen bu çalışma, hemşirelerin bilgisayar kullanımlarına yönelik tutumlarının değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışma, konu ile ilgili yapılacak yeni çalışmalara katkı sağlayacaktır.

## **MATERYAL VE METOT**

Hemşirelerin bilgisayar kullanımlarına yönelik tutumlarının değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırma tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır. Araştırma, Kastamonu Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi ve Özel Anadolu Hastanesinde çalışan hemşireler ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Kastamonu Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi ve Özel Anadolu Hastanesinde çalışan toplam 450 hemşire oluşturmaktadır. Örneklemine ise çalışmaya katılmaya gönüllü hemşireler ve çalışma gününde hastanede bulunan hemşireler (n:160) oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket, literatür taraması yapılarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Araştırmada Zayim ve arkadaşlarının (2006) hemşirelerin bilgisayar kullanımına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada kullandıkları ölçekten yararlanılmıştır (1, 6). Anket formu katılımcıların demografik özellikleri ve bilgisayar kullanım durumlarını belirlemeye yönelik toplam 11 sorudan, ölçek ise katılımcıların hemşirelik bilişimi hakkındaki düşüncelerini belirlemeye yönelik toplam 30 sorudan oluşmuştur. Ölçek için 5'li likert tipi ölçekleme yöntemi kullanılmıştır. Formlar, hemşirelere araştırmacıların gözetiminde, anketin amacı ve gerekçelerini belirten bir ön bilgilendirme yapıldıktan sonra uygulanmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden ise sözlü izin alınmıştır. Çalışmanın verileri 4 Nisan ile 4 Mayıs

2012'de toplanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanmasında, her kliniğe ayrı ayrı gidilerek, hemşirelerin tedavi ve hasta bakımı yapmadıkları ve uygun oldukları bir zamanda, araştırma ve ölçekle ilgili gerekli açıklamalar yapılmış ve çalışmaya katılımın gönüllü olduğu vurgulanmıştır. Araştırmaya katılmayı reddeden hemşire bulunmaz iken, çalışma gününde hastanede bulunmayan hemşireler çalışma kapsamına alınamamıştır.

Verilerin istatistiksel analizler için SPSS 17.0 paket programı, istatistiksel metot olarak da; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Araştırmada genel güvenilirlik için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Toplam 30 sorudan oluşan hemşirelerin meslekte bilgisayar kullanımına yönelik tutum ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri = 0,801 olarak kullanılmıştır. Ölçek yüksek derecede güvenilirdir. Sonuçlar, %95 güven aralığında,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde ve  $p < 0,01$  ileri anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

## **BULGULAR VE TARTIŞMA**

Araştırmaya katılan hemşirelerin %89,4' ünün bilgisayarı vardır. %49,4'ü orta düzeyde; %31,3'ü 1-3 saat günlük bilgisayar kullanmaktadır. %50'si 6-9 yıldır bilgisayar kullanmaktadır. %26,9'u okulda, %20,6'sı bilgisayar kursunda, %52,5'i kendi çabaları ile bilgisayar kullanmayı öğrenmiştir (Tablo 1).

Günlük Bilgisayar kullanma süresi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $\chi^2=24,274$ ;  $p=0,002$ ,  $p < 0,05$ ). Günlük bilgisayar kullanma süresi 1 saatten az olanların %40,4'ü önlisans mezunu; günlük bilgisayar kullanma süresi 1-3 saat olanların %58'i lisans mezunu; günlük bilgisayar kullanma süresi 3-5 saat olanların %75'i lisans mezunu; günlük bilgisayar kullanma süresi 5 saatten daha fazla olanların %40,9'u lisans mezunudur (Tablo 2)

**Tablo 1.** Katılımcıların Bilgisayar Kullanım Durumlarının Dağılımı

		n	%
<b>Bilgisayar varlığı</b>	Evet	143	89.4
	Hayır	17	10.6
<b>Bilgisayar Kullanma Durumu</b>	Kullanmıyorum	2	1.3
	Kötü	2	1.3
	Orta	79	49.4
	İyi	58	36.3
	Çok iyi	19	11.9
<b>Günlük Bilgisayar kullanma süresi</b>	1 saatten az	47	29.4
	1-3 saat	50	31.3
	3-5 saat	36	22.5
	5 saatten daha fazla	22	13.8
<b>Bilgisayar kullanma deneyimi</b>	Kullanmıyorum	5	3.1
	1 yıl ve daha az	12	7.5
	2-5 yıl	68	42.5
<b>Bilgisayar kullanmayı öğrenme yeri</b>	6-9 yıl	80	50.0
	Okulda	43	26.9
	Bilgisayar kursunda	33	20.6
	Kendi çabaları ile	84	52.5

**Tablo 2.** Katılımcıların Eğitim Durumları ile Günlük Bilgisayar Kullanma Süresi Arasındaki İlişki

Eğitim düzeyi	1 saatten az		1-3 saat		3-5 saat		5 saatten daha fazla		Kullanmıyorum		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Lise</b>	14	% 29,8	6	% 12,0	6	% 16,7	7	% 31,8	2	% 40,0	x <sup>2</sup> =24,274 p=0,002**
<b>Önlisans</b>	19	% 40,4	15	% 30,0	3	% 8,3	6	% 27,3	0	% 0,0	
<b>Lisans</b>	14	% 29,8	29	% 58,0	27	% 75,0	9	% 40,9	3	% 60,0	

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte bilgisayar kullanımına yönelik tutum puanları ortalamalarının kurum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Tablo 3).

**Tablo 3.** Katılımcı hemşirelerin meslekte bilgisayar kullanımına yönelik tutumlarının Kuruma Göre Dağılımı

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
<b>Hemşirelerin meslekte bilgisayar kullanımına yönelik tutum</b>	Özel hastane	60	3,56	0,468	2081,500	<b>0,001**</b>
	Devlet hastanesi	100	3,326	0,393		

\*p&lt;0,05 \*\*p&lt;0,01

Özel hastanede çalışan hemşirelerin meslekte bilgisayar kullanımına yönelik tutum puanları ( $x = 3,556$ ) Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin meslekte bilgisayar kullanımına yönelik tutum puanlarından ( $x=3,326$ ) yüksek bulunmuştur.

### TARTIŞMA

Bilgisayarın, sağlık hizmetlerinde kullanımının yaygınlaşması sonucu sağlık sektörüne etkisi giderek artmaktadır. Hastaların bakımı, kabulü, transferi ve taburcu edilmesine kadar her türlü uygulama, bilgisayar sayesinde geliştirilebilmektedir. Hemşireler, birincil görevi hasta bakımı olmasına rağmen, hasta ile ilgili verilerin kayıt edilmesi, bakım ve uygulamaların kayıt edilmesi gibi nedenlerle bilgisayar kullanmak zorundadır. Hemşireler bilgisayar kullanarak daha fazla bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı verebilir, sağlıklı/hasta bireyin eğitim ve danışmanlığını yapabilirler (12,13).

Katılımcıların %89,4' ü bilgisayara sahip olmakla beraber %10,6'sı ise bilgisayara sahip değildir. Gül ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin %42,3' ünün; Köse 'nin yaptığı çalışmada ise hemşirelerin %66'sının bilgisayara sahip oldukları belirlenmiştir (15). Bu çalışma verileri, bu araştırma verilerine göre incelendiğinde, bilgisayar sahibi olan hemşirelerin yüzdesi oldukça yüksektir. Çalışma sonuçlarına bakıldığında; teknolojinin ilerlemesi nedeniyle bilgisayarların bilgiye erişimde en hızlı yol olduğu ve hayatımızın vazgeçilmez gereçleri haline geldiği görülmektedir.

Hemşirelerin bilgisayar kullanma durumlarına bakıldığında; %36,3'ünün iyi durumda bilgisayar kullandığı saptanmıştır. Erdemir ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin %20'si; Köse'nin çalışmasında hemşirelerin %32,9'unun bilgisayarı iyi kullandıkları; Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında ise hemşirelerin %80,5'inin bilgisayar kullanabildiği ifade edilmiştir. Öte yandan Brumini ve arkadaşlarının çalışmalarında ise hemşirelerin %43'ünün bilgisayar kullandığı belirtilmiştir (4,15,17,19,). Çalışmamız verileri, bu araştırma verilerine



göre incelendiğinde, bilgisayar kullanan hemşirelerin yüzdesi orta düzeydedir. Bu sonuç, bilgisayar kullanımının toplumda yaygınlaşması, toplum hayatına bilgi teknolojilerinin giderek daha çok girmesi, kamu ve özelde bu teknolojilerin yaygın olarak kullanımının zorunlu hale gelmesinden kaynaklanmaktadır.

Araştırmamız kapsamındaki hemşirelerin günlük bilgisayar kullanma süreleri incelendiğinde; günlük 1-3 saat arası bilgisayar kullanma süresi %31,3 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Köse'nin çalışmasında hemşirelerin %43,4'ü günlük 1-3 saat arası bilgisayar kullanmakta; Brumini ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların %37,2'si günde 1-5 saat arasında bilgisayar kullandığını ifade etmektedir. Diğer yandan Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında, hemşirelerin günde bilgisayar kullanma saat ortalaması 10 dk-15 saat arasında olduğu belirtilmektedir ve bu oranlar çalışmamızdaki hemşire oranına yakındır (15,17,18). Teknolojinin hızla ilerlemesi nedeniyle hemşirelerinde bilgisayar kullanma süreleri artmaktadır. Etkin bilgisayar ve internet hizmetinden yararlanmak, hemşirelere mesleki uygulamalarında güncel bir bakış açısı getirecektir.

Araştırma kapsamında bilgisayar kullandığını ifade eden hemşirelerin %50'sinin 6-9 yıldır bilgisayar kullanma deneyimi olduğu saptanmıştır. Kaya ve arkadaşları hemşirelerin %20'sinin 6-9 yıldır bilgisayar kullanabildiğini vurgulamıştır. Alquraini ve arkadaşları ise hemşirelerin %8,8'inin 5-9 yıl bilgisayar kullanma deneyiminin olduğunu belirtmiştir (19). Çalışmamız verileri Kaya ve arkadaşları, Alquraini ve arkadaşları'nın sonuçlarında belirgin düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatürde bilgisayar kullanma deneyimi ile bilgisayara karşı tutum arasında ilişkinin olduğu belirtilmektedir. Söz konusu literatürde bilgisayar deneyim yılı arttıkça sağlık ekibi üyelerinin elektronik tıbbi kayıtları daha faydalı buldukları ve bilgisayara karşı olumlu tutum geliştirdikleri vurgulanmıştır (17,19).

Son yıllarda sağlık bakımı kurumlarında bilgisayar kullanımının giderek yaygınlaştığı düşünüldüğünde, çalışmamızdaki hemşirelerin bilgisayar kullanma deneyimlerinin 6-9 yıl arasında %50 olmasının, özellikle hasta bakımında bilgisayar kullanımına önem verdiklerini göstermiştir.

Çalışmada, Günlük Bilgisayar kullanma süresi ile Eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=24,274$ ;  $p=0,002<.05$ ). Lisans mezunu hemşirelerin 5 saatten daha fazla bilgisayar kullanma süresi %40,9 ile ön lisans ve lise mezunu hemşirelerden anlamlı derecede yüksektir. Köse'nin çalışmasında ise hemşirelerin bilgisayar kullanabilme durumu ile eğitim durumu karşılaştırıldığında lisans eğitimine sahip olanların tamamının iyi düzeyde bilgisayar

kullandıkları ifade edilmiştir (15) . Araştırma sonucumuz diğer çalışma ile karşılaştırıldığında; katılımcıların eğitim durumlarının arttıkça hem bilgisayar kullanma sürelerinin uzadığı hem de iyi düzeyde bilgisayar kullandıkları görülmüştür. Ülkemizde, hemşirelik lisans eğitiminde bilgisayar kullanımına ilişkin derslere verilen önemin bu sonuca ulaşılmasında etkisi olduğu söylenebilir. Koç'un Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında bilgisayar konusundaki düşüncelerini belirlemek üzere yaptığı çalışmanın sonucunda; öğrencilerin %93,8'inin bilgisayara dayalı bir ortamda çalışmayı istediği,%97,7'sinin de bilgisayar kullanımının gelecekteki kariyerlerine etki edeceğini düşündükleri görülmüştür.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %52,5'inin bilgisayar kullanmayı kendi çabalarıyla öğrendikleri saptanmıştır. Erdemir ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcı hemşirelerin %73,3'ünün bilgisayar kullanmayı kendi çabaları ile öğrendikleri vurgulanmıştır (4). Genelde toplumda, özelde sağlık bakım ortamlarında hemşirelerin bilgisayarla temaslarının henüz istenilen düzeyde gelişmemiş olması bu sonuçta etkili olabilir. İki çalışma arasındaki fark için ise, hemşirelerin yıllar geçtikçe ilerleyen bilgisayar teknolojisini yakalamak konusunda ilgili olduklarının bir göstergesi olabilir.

Katılımcı hemşirelerin meslekte bilgisayar kullanımına yönelik tutumları incelendiğinde en yüksek oranlarda; %60 hemşirenin “Hemşirelik uygulamalarında ve değerlendirilmelerinde bilişim teknolojilerinin kullanılması gereklidir” ve %59 hemşirenin “Bilişim sistemindeki ilerlemeler hemşireye yeni roller kazandırmıştır” tutumuna “katılıyorum” yanıtını vermesi hemşirelerin bilgisayar ve bilişim teknolojilerine uyumlarının sevindirici düzeyde olduğunu göstermiştir. Turhan ve arkadaşının çalışmasında ise; %52,9 hemşirenin “Hemşirelik uygulamalarında ve değerlendirilmelerinde bilişim teknolojilerinin kullanılması gereklidir” tutumuna “katılıyorum” yanıtını vermesi çalışmamız ile uyumludur. Ancak Turhan ve arkadaşının çalışmasında hemşirelerin “Bilişim sistemindeki ilerlemeler hemşireye yeni roller kazandırmıştır” tutumuna %13,4'ünün “katılıyorum”, %52,3'ünün “katılmıyorum” yanıtını vermesi düşündürücüdür (21). Sağlık bakım profesyonellerinin özellikle hemşirelerin daha hızlı çalışması, daha fazla üretmesi, etkinlik ve verimliliklerinin artırılması için bugün ve gelecekte bilgisayarı başkalarının sorumluluğu olarak görmekten vazgeçerek hemşirelik uygulamalarına yardımcı bir araç olarak görmeleri önemlidir (20).

Çalışmamızda özel hastanede çalışan hemşirelerin meslekte bilgisayar kullanımına yönelik tutum puanı ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği değerlendirildiğinde grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Buna göre; yaş grubu 41 ve üzeri olan hemşirelerin meslekte bilgisayar kullanımına yönelik tutum puanı, yaş grubu 30 ve altı olan hemşirelerin meslekte bilgisayar kullanımına yönelik tutum puanından yüksek bulunmuştur. Gençler yaşamda daha ilginç uğraşlar bulabildikleri için çalışma alışkanlıkları ve işe bağlılıkları çok kuvvetli olmayabilir. Orta yaşlılar işlerini ve ortamlarını tanımışlar ve alışmışlardır. Kökleşmiş iş alışkanlıkları sayesinde işlerine daha çok bağlanırlar. Sonuç olarak iş tatmini ile yaş arasında doğru bir orantı olduğu ve yaş ilerledikçe tatmin düzeyinin yükseldiği söylenebilir (22). Bu tatmin, hemşirelere mesleklerinde teknolojiyi daha verimli kullanmalarını sağlayabilir ve çalışma sonucumuzu destekler.

Çalışmada “Katılımcı Hemşirelerin Meslekte Bilgisayar Kullanımına Yönelik Tutumlarına” verdikleri ifadeleri değerlendirildiğinde; hemşirelerin çalışma alanlarında bilgisayar teknolojilerini kullanmaya hazır oldukları, bilişim teknolojilerinin kullanılmasının hemşirelik bakım ve uygulamalarına olumlu yönde katkı sağlayacağını düşündükleri saptanmıştır. Ülkemiz adına bu veriler oldukça sevindiricidir. Hemşirelik süreci göz önüne alınarak geliştirilecek olan bilgisayar programları, hemşirelerin daha fazla söz sahibi olması açısından da oldukça önem kazanacaktır. Hemşirelik mesleğinin sağlığın geliştirilmesi, korunması ve hastalıkların önlenmesi üzerinde odaklandığı göz önüne alınırsa hemşireler sağlık bakım sunumu içerisinde bilimsel ve teknolojik gelişmeleri kabul etmede ve uygulamada anahtar pozisyonda rol oynarlar. Bu nedenle sağlıklı/hasta bireyi etkileyebilecek herhangi bir bilgisayar sisteminin planlanması, programlanması ve uygulanmasında hemşirelerin bilgisayarları hemşirelik işlevlerinin bir parçası olarak görmeleri ve kullanım istekliliğini göstermeleri çok önemlidir (20).

“Hemşirelerin Bilgisayar kullanımı hümaniter olmayan bakım sağlar” tutumuna verdikleri ifadelerle bakıldığında; hemşirelerin %26’sı “katılmıyorum”, %41’i “kararsızım” ifadesini kullanmışlardır. Hemşirelerin kararsızlık yaşamaları hemşirelik açısından iyi bir sonuç olmamakla beraber, katılmıyor olmaları memnuniyet vericidir. Literatürde bilgisayarların sağlıklı/ hasta bireyle ilgili geniş miktarda veriyi bir araya toplayarak bireyin bakım ve tedavisini kolaylaştırdığı buna karşın sağlıklı/hasta bireyle olan iletişimi azalttığı, etik sorumluluk ve yargılama özelliklerine sahip olmadığı için hümaniter olmayan bir bakım sağladığı belirtilmektedir (20). Koç’un çalışmasında, hemşirelik öğrencilerinin %53,1’inin bilgisayarların hümaniter olmayan bakım sağladığı görüşüne katılmadıkları ifade edilmiştir (20) Hemşirelerin birçoğunun bilgisayar teknolojisinin çok vakitlerini aldığını düşünmelerine rağmen, bilgisayar teknolojisi uygulamalarına dâhil ettiklerinde hemşirelik uygulamalarının

kalitesi olumlu yönde etkilenecek, kayıt tutmak için ayrılan zaman azalacak ve sağlıklı/ hasta bireye ayrılan zaman artacaktır.

Hemşirelerin bilgisayarların hasta mahremiyetini ihlal ettikleri ifadesine tutumlarına bakıldığında; %13'ü "katılıyorum", %10'u "tamamen katılıyorum" cevabını vermişlerdir. Köse'nin çalışmasında hemşirelerin aynı tutuma yönelik cevapları ise; hemşirelerin %10.9'unun "katılıyorum", %20'sinin "tamamen katılıyorum" sonuçları bizim araştırma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir (15). Bu oranların daha yüksek olması beklenen sonuçtur. Çünkü sağlık bakım ortamlarında kullanılan bilgisayarlara bireylerle ilgili gizli bilgiler girildiğinde ve gerekli güvenlik önlemleri alınmadığında, bu bilgilere herkesin ulaşabilecek olması, hasta mahremiyetinin ihlal edilmesine neden olabilecek bir durum olması açısından önemlidir. Sağlıklı/hasta bireylerle ilgili olarak oluşturulan veri tabanları, bilginin aynı anda birden çok kişi tarafından paylaşılması gerektiği durumlarda büyük yararlılık sağlamasına karşın, bilgisayarla ilgili hasta mahremiyetini ihlal edebilme olasılığının bulunması güvenlik önlemlerinin alınmasını gerektiren son derece önemli bir durumdur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte bilgisayar kullanımına yönelik tutum puan ortalamaları, kurum değişkenine göre değerlendirildiğinde grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Özel hastanede çalışan hemşirelerin meslekte bilgisayar kullanımına yönelik tutum puanları ( $x=3.556$ ), devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin meslekte bilgisayar kullanımına yönelik tutum puanlarından ( $x=3.326$ ) yüksek bulunmuştu(Tablo 3). 2008 yılı verilerine göre Türkiye'de aktif olarak çalışan hemşire sayısı 92.509 dur. Bu hemşirelerin 67.226'sı Sağlık Bakanlığı'nda, 11.378'i üniversite hastanelerinde ve 13.905'i ise özel sektörde görev yapmaktadır. Görüldüğü gibi ülkemizde sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümü, devlet hastanelerinde verilmektedir. Özel hastaneler nüfus ve toplumsal sağlık gereksinimlerinden ziyade, maksimum karlılık prensibi doğrultusunda ekonomik gelişmişlik düzeyi yüksek bölgelerde yoğunlaşmaktadır (23). Türkiye'de büyük şirket konumundaki kurumların açtığı özel hastanelerde yönetici hemşireler yüksek lisans, sorumlu hemşireler ve hemşireler lisans düzeyinde eğitime sahip olmasına kamudan daha fazla dikkat edilmektedir (22). Çalışma sonucumuzda kurum değişkenine göre ortaya çıkan fark bu nedenlere bağlı olabilir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin bilgi teknolojilerini kullanmaya hazır oluşluk düzeyi hemşirelik bilişimi ve bilgi sistemlerinin gelişiminde önemli role sahiptir. Çalışmamızda da görüldüğü üzere sağlık sektöründe önemli bir yere sahip olan hemşirelerin eğitim durumları arttıkça günlük bilgisayar kullanma süreleri de artmaktadır. Hemşirelerin sağlık bakımı sisteminde bilgisayardan yararlanmaları için bilgisayar kullanımı ve eğitimi konusunda desteklenmesi gerekmektedir. Kurumlarda hizmet içi eğitim programlarında hemşirelerin bilgi teknolojisi kullanmaya yönelik bilgi ve becerilerinin desteklenmesi, hemşirelerin bilgisayar teknolojisinin hemşirelik uygulamaları üzerindeki avantaj ve dezavantajlarının açıklanması gerekmektedir. Hemşirelerin, araştırma yaparak kendilerini geliştirebilmeleri ve hizmetin kalitesinin artırılması için kliniklerde bilgisayar donanımlarının artırılması gerekir ve ayrıca okul döneminde bilişim derslerine uygulamalı olarak ağırlık verilmelidir.

Sağlık bakım alanında bilgisayar teknolojisinin planlanması ve uygulanması için bu düzeyde yeterliliğe sahip hemşirelere ihtiyaç vardır. Bu doğrultuda hemşirelerin bilgisayar teknolojisi ve onun hemşirelik bakımı üzerinde etkisini belirlemeye yönelik çalışmalar yapılmalı ve çalışmaların yapılması konusunda eğitimci hemşireler desteklenmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Zayim N, Akcan A, Metreş Ö. Öğrenci ve Eğitimcilerin Hemşirelik Bilişimine İlişkin Tutum ve Yeterlilikleri. 4.Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi (Bildiri Kitapçığı). Antalya. 15-18 Kasım 2006; 29-34.
- 2-Bremner M. N, Brannan. D. A Computer Simulation Forthe Entry Level R.N: Computer Simulation. Nurses Staff Development 2000; 16 (1).
- 3-Joyce E. Ms, Rn-Bc, Cphims, Fhımss, Nursing Informatics: Designing The Health Care Of The Future, [journals.lww.com/cinjournal/pages/viewallmostpopulararticles.aspx](http://journals.lww.com/cinjournal/pages/viewallmostpopulararticles.aspx),Erişim:12.07.2012.
- 4-Erdemir F, Hanoglu Z, Akman A. Hemşirelik Bilgisayar ve İnternet Kullanma Durumu, Hemşirelikte Bilgisayar ve İnternet Kullanımının Değerine İlişkin Görüşleri. İkinci Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi (Kongre Kitabı). Ankara. 15-20 Kasım,2005; 78-84.
- 5-Park H. A, Cho I, Byeunn. Modeling A Terminology-Base Delectronic Nursing Record System: An Object-Oriented Approach. Journal Of Medical Informatics 2007;(76): 735-746.

6-Akcan A, Keser İ, Sucu G, Saka O. Hemşirelik Dersi Alan Öğrencilerin Hemşirelik Bilişimine İlişkin Görüşleri. Sağlıkta Yeni Teknolojiler ve Mobilite. 4.Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi (Bildiri Kitapçığı). Antalya. 2007; 78-82.

7-Demirarslan Y, Usluel Y. K. Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin Öğrenme Öğretme Sürecine Entegrasyonunda Öğretmenlerin Durumu. The Turkish Online Journal Of Educational Technology 2005;4 (3): 109-113.

8-United Kingdom National Health Service Information Authority- NHS. (2010). European Computer Driving Licence-ECDL.

9-Tezci E. Attitude Sand Knowledge Level Of Teachers In ICT Use: The Case Of Turkish Teachers. International Journal Of Human Sciences2010; 7(2):19-44.

10-Baykal N. Sağlık Eğitiminde Model Arayışı 2010.Erişim: 10.07.2012. [Http://Www.Bthaber.Com.Tr/?P=4080&Sayi=SAYI:770](http://www.bthaber.com.tr/?P=4080&Sayi=SAYI:770).

11-Halıcı Z. Hemşirelik Hizmetlerinde Zaman Yönetimi. Yüksek Lisans Tezi. TODAE.2006.

12-Ay F. Uluslararası Elektronik Hasta Kayıt Sistemleri, Hemşirelik Uygulamaları ve Bilgisayar İlişkisi. Gülhane Tıp Dergisi 2009;51: 131-136.

13- Başar A, Delice T. S, İlhan M. N, Ergün M. A, Soncul H. Hemşirelik Hizmetlerinde Bilgisayar Kullanımı. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği. Bilişim Teknolojileri Dergisi 2008;1(1):43-46.

14- Gül A, Gençtürk N, Bozkurt G. Hemşireler Arasında Bilgisayar ve İnternet Kullanım Sıklığının İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;7(3):8-18.

15-Köse A. Hemşirelerin Bilgisayar Kullanım Durumlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Ampirik Çalışma – Trabzon İli Örneği. Bilişim Teknolojileri Dergisi 2012;5(1): 37-43.

16-Erdemir F. (2009). Ülkemiz ve Dünya’da Hemşirelik Bilişimi, [Http://Www.Turkmia.Org/Files/83.Ppt](http://www.turkmia.org/files/83.ppt), 2012.

17-Kaya N, Aştı T, Kaya H, Kaçar Y. G. Hemşirelerin Bilgisayar Kullanımına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. İ.Ü.F.N Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;16(62): 83-89.

18-Brumini G, Kovie L, Zombori D, Lulia I, Petroveeki M. Nurses Attitudes Towards Computers: Cross Sectional Questionnaire Study. Croation Medical Journal 2005; 46 (1): 101-104.

19-Alqurani H, Alhashem A. M, Shah M. A.Chowdhury, R. I factors influencing Nurses Attitudes Towards the Use Of Computerized Health Information Systems In Kuwaiti Hospitals. Journal Of Advanced Nursing 2007 ;57(4):375-381.

20-Koç Z. Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelik Eğitimi ve Uygulamalarında Bilgisayar Kullanımı Konusundaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(2).

21-Turhan K, Köse A. Hemşirelerin Hemşirelik Bilişimi Hakkındaki Düşüncelerinin Değerlendirilmesi: Trabzon İline Ait Bir Çalışma. VII. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi Bildirileri (Kongre Kitabı) Kıbrıs.14-17 Ekim 2006:123-131.

22-Danacı B. Sağlık Bakanlığı Üniversite ve Özel Hastanelerin Yataklı Birimlerinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Tatminlerinin Karşılaştırılması. İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Bülent Tokat Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kütahya,2006.

23-Özgen H, Öztürk A. Türkiye'deki Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma. Erişim. 15.08.2012 [Http://Www.sabem.saglik.gov.tr](http://www.sabem.saglik.gov.tr),2009.

## HEMŞİRELİK VE EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ İLE ÖĞRENME BİÇEMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Belgin YILDIRIM<sup>1</sup>, Şükran ÖZKAHRAMAN KOÇ<sup>2</sup>,  
Seher Sarıkaya KARABUDAK<sup>1</sup>

### ÖZET

Araştırma, hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin sahip oldukları öğrenme biçimleri ile problem çözme becerilerini belirlemek, kişisel özelliklerin ve bölümlerin öğrenme biçimleri ile problem çözme becerileri üzerindeki etkisini araştırmak öğrenme biçimleri ile problem çözme becerileri arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Veriler, Aydın ilindeki Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu 250 hemşire öğrencisi ve 173 ebelik öğrencisinden toplanmıştır. Çalışmada “sosyo-demografik özellikler” veri formu, “BİG 16 Öğrenme Biçimleri Envanteri” ve “Problem Çözme Envanteri” kullanılmıştır. Öğrencilerin yarıdan fazlasının görsel öğrenme biçimine sahip oldukları saptanmıştır. Öğrenme biçimlerinin ders çalışma zamanlarını nasıl planladıkları, yaş, bölüm, mezun oldukları lise türüne göre aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin problem çözme becerileri orta düzeydedir. Öğrencilerin problem çözme becerilerinin yaş, bölüm, mezun oldukları lise türüne göre aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin problem çözme becerileri ile öğrenme biçimleri arasında fark bulunmamıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular ışığında öğrencilerin görsel öğrenme biçimine sahip oldukları ve problem çözme becerilerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Eğitim kurumlarında öğrencilerin kendi öğrenme biçimlerini tanımlarına olanak sağlayacak şekilde öğrenme-öğretme ortamları düzenlemeleri önerilebilir. Öğrencilerin problem çözme becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitim programları hazırlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik Öğrencisi, Ebelik Öğrencisi, Problem Çözme, Problem Çözme Becerileri, Öğrenme Biçimleri

---

<sup>1</sup>Yrd.Doç.Dr. Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu,

<sup>2</sup>Doç.Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,

**İletişim/Corresponding Autor:** Şükran ÖZKAHRAMAN

**Geliş Tarihi / Received:** 27.02.2013

**Tel:** 0246 2113267 **e-posta:** sukran.ozkahraman@gmail.com

**Kabul tarihi/ Accepted:** 03.04.2014



## **INVESTIGATING THE RELATIONSHIP BETWEEN LEARNING MODALITY AND PROBLEM SOLVING SKILLS OF NURSING AND MIDWIFERY STUDENTS**

### **ABSTRACT**

This investigation is made for, to identify the learning modality and problem solving skills of physical education and nursing and midwifery students, to find the effects of their personal characteristics on learning modalities and problem solving skills, and to find a relationship between learning modalities and problem solving skills. The data were collected from 250 nursing students and 173 midwifery students of Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu in Aydın province. The study, Socio demographic Features Data Form, BIG 16 Learning Modality Inventory and Problem Solving Inventory were used as data collection tools. More than half of the students were identified to have a visual learning style. It was determined that there were no significant differences between learning modalities of students related to age, parts, education level, their high school type. Students' problem-solving skills is moderate. It was determined that there were no significant differences between problem solving skills of students related to age, parts, education level, their high school type. It was determined that there were no significant differences between problem solving skills of students related to learning modalities.

**Key Words:** Nursing Students, Midwifery Students, Problem Solving, Problem Solvig Skills, Learning Styles

## GİRİŞ

Eğitim, bireyin/öğrencinin doğumundan başlayan, ona belli bilgi beceriler aktarır, değer yargılarını aşılıyarak onu daha yetkin bir yetişkin haline getiren, bireyin/öğrencinin yaşayışını değiştiren ve tüm yaşamı boyunca devam eden bir süreçtir. Bu süreç doğumdan başlayarak zorunlu öğrenim çağına kadar ve zorunlu eğitim sürecinde de devam eder. Eğitimi sırasında bireyler, belli amaçlar doğrultusunda eğitim alırlar. Bu süreçten geçen bireyler/öğrenciler kişiliklerinin farklılaştığının ve geliştiğinin farkına varırlar.

Çağımız bilgi çağıdır bu nedenle öğrenmede kazanılması gereken bilgi, beceri, tutum ve davranışların gün geçtikçe artması, bireyin/öğrencinin etkin öğrenmeyi bilmesini ve problem çözme becerisinin olmasını zorunlu kılmaktadır. Eğitimde birçok etkenin öğrenmenin gerçekleşmesinde etkili olduğu bilinmektedir. Bunlardan bazıları; ilgi, motivasyon, tutum, problem çözme becerisi, özgüven ve öz-yeterlilik, eleştirel düşünme becerisi ve öğrenme biçimidir.

İnsan yaşamında problemlerin olmaması ya da yaşamın her anında yeni bir problemle karşılaşılması mümkün değildir. Problemsiz bir yaşam ya da problemsiz bir yer bulmak da olası değildir. Bu nedenlerden dolayı problemsiz yaşam beklemek hayali bir durumdur. Bu hayali durum yerine problemlerin nasıl çözülebileceğini öğrenmek yaşamda çok büyük bir önem taşımaktadır. Eğitimde problem çözülürken bireylerin/öğrencilerin öğrenme stilleri de önem kazanmaktadır. Öğrenme stili; algısal tercihler ve güçlükler, bilgi işleme alışkanlıkları, motivasyonel ve psikolojik faktörler gibi değişik boyutları vardır. Algısal tercihler, bireylerin/öğrencilerin öğrenirken kullanmayı tercih ettikleri ortamlar, materyaller ve kullanılan mesajların kodlanma biçimidir. Öğrenme süreci, bireylerin/öğrencilerin duyu organları tarafından alınmasıyla başlar. Öğrenme stilinin temel boyutlarından birisi olarak öğrenme biçiminin genel kabul edilen üç türü vardır. Bunlar bedensel, işitsel ve görsel biçimlerdir. Herhangi bir öğrenci genellikle bu biçimlerden birisini kullanmaya eğilimlidir. Öğrencinin eğilimli olduğu biçim, genellikle zaman içinde kullanmakta ustalık da kazandığı biçimdir.

Başarı etkin öğrenme, problem çözme ve öğrenme biçimi ile elde edilebilir. Bunun için bireylerin/öğrencilerin öğrenme biçimlerinin ve problem çözme becerilerinin bilinmesine ve ölçülmesine gereksinim vardır. Bireyin/öğrencinin öğrenme biçimi/biçimleri ve problem çözme becerileri bilinerek bu doğrultuda hazırlanmış eğitim programlarına ihtiyaç vardır. Özellikle de bu hazırlanan programların uygulanmasıyla gelişim sağlanabilir

## GENEL BİLGİLER

### I. PROBLEM ÇÖZME

21.yüzyıl eğitim programlarında, başarılı öğrencinin kazanması gerekli olan beceriler tanımlamasında; iletişim kurabilme, bilimsel, akılcı ve mantıklı düşünme becerisine sahip olma, teknolojiyi kullanabilme, araştırmacı ve üretken olabilme, bilgiyi paylaşabilme, insanlık değerlerine sahip çıkmanın yanı sıra problem çözme becerisinin de yer aldığı görülmektedir (1). Problem sözcüğü, Grekçe’de “Problema” sözcüğünden gelmektedir. Bu sözcük de “Proballo” öne çıkan engel sözcüğünden türetilmiştir. Bir kimsenin istenilen bir hedefe ulaşmak amacıyla topladığı mevcut güçlerinin karşısına gelen engele problem denir. Birey ne zaman belli bir amaç veya anlayışa erişmek için çaba harcarken bazı engellerle karşılaşır ise onun için bir problem var demektir. Problem “problem sizin önünüze atılmış sizi engelleyen bir durumdur” biçiminde tanımlanmaktadır. Problemlerin birçoğunda çözümün tüm elemanlarının bulunduğu, tek yapılması gerekenin orada duranları yeniden düzenlemek olduğunu belirtilmiştir. Bir şeyin olması gereken durumuyla mevcut durumu arasındaki fark olarak tanımlanmıştır (2,3).

Bingham problem çözmeyi bir amaca erişmekte karşılaşılan güçlükleri yenme süreci olarak ele almaktadır. Bu süreçte organizma şartlara uyarak veya engelleri azaltarak gerginlikten kurtulmanın yollarını arayarak iç dengeye ulaşmaya çabalamaktadır. Problem çözme öğrenilmesi ve geliştirilmesi gereken bir yetenek olduğu için zaman, çaba, enerji ve alıştırma yapılarak kazanılabilir (4). Santrock, problem çözmeyi ulaşılmak istenen hedefe ait yollardan en uygun olanı seçme olarak tanımlamaktadır (5,6).

Bireyin doğuştan sahip olduğu problem çözme yeteneği sonradan eğitim ve deneyimlerin etkisiyle gelişir ve beceri sekline dönüşür. Problem çözme bir zaman, çaba, enerji ve araştırma isidir. Bireyin ihtiyaç, amaç, değer, inanç, beceri, alışkanlık ve tutumları ile ilgili olması ve aynı zamanda yaratıcı, düşünce ile zeka, duygu, irade ve eylem gibi unsurları kendinde birleştirmesinden dolayı çok yönlüdür. Bireyin problem çözümünü etkileyen etmenler; gelişim ve olgunlaşma düzeyi, yetenek düzeyindeki ayrıcalıklar, güdülenme, yetiştiği sosyo-kültürel çevre, aldığı eğitim ve öğretim olarak sıralanabilir (7).

## II. ÖĞRENME BİÇEMLERİ

Kolb'a göre öğrenme biçemi, bilgiyi alma ve işlemede kişisel olarak tercih edilen yöntemdir (8). En yalın biçimiyle öğrenme biçemi, bireyin öğrenme sürecindeki bireysel tercihleri şeklinde ifade edilebilir. (9,10). Öğrenme biçemi öğrencilerin algısal tercihleri ve yaşadıkları güçlükler, bilgiyi işleme alışkanlıkları, motivasyonel ve psikolojik faktörler gibi değişik boyutları vardır. Öğrenme süreci, öğretmen tarafından sunulan uyarıcıların, öğrencilerin duyu organları tarafından alınmasıyla başlar. Kuşkusuz öğrenciler, sunulan uyarıcının niteliğine göre en uygun olan duyu organlarını kullanırlar. Örneğin öğrencilere bilgi, yazılı materyalle sunuluyorsa gözünü, sözel veriliyorsa kulağını, bir şey yapması isteniyorsa el ve ayaklarını kullanırlar. Son yıllarda yapılan araştırmalar, öğrencilerin bilgiyi alırken hangi duyu organını kullanacağı hakkında tercihleri olduğunu göstermektedir. Bazıları görerek, bazıları işiterek, bazıları da dokunarak daha kolay öğrenmektedirler. Bu şekilde bilgiyi alma tercihine göre öğrenme stili, alan yazınında öğrenme biçemi olarak adlandırılmaktadır. Öğrenme stilinin temel boyutlarından birisi olarak öğrenme biçiminin genel kabul edilen üç türü vardır. Bunlar bedensel, işitsel ve görsel biçemlerdir (11,12).

İşitsel biçeme sahip öğrenciler, en iyi dinleyerek öğrenebilmektedirler. İşitsel materyaller; ses, müzik, şarkı, konuşma, sözlü açıklama, teyp bilgileri, yüksek sesle anlatılan hikaye ve sohbetleri içermektedir. Bu kişiler, okuyarak öğrenmekten çok öğretmeni dinleyerek öğrenmeyi tercih ederler. Hatta derste not tutma bile dikkatlerinin dağılmasına neden olabilir (13).

Görsel biçeme sahip öğrenciler en iyi görerek öğrenirler. Resim, çizim, harita, çizgi, renk, yön, plan, bu öğrencilerin ilgilerini çeker (12). Bu şekilde öğrenenler için dinlemelerinden çok görmeleri, bilgiyi algılamaları açısından daha önemlidir (13).

Bedensel öğrenen öğrenciler, öğrenme biçemlerinin bir birleşimini kullanarak öğrenirler. Bilgi verilince hem görmeye hem de dinlemeye ihtiyaç duyabilirler. Sürekli hareket halindedirler. Bu nedenle harekete dayalı öğrenme aktivitelerini tercih ederler (13). Öğretim elemanları, kendi işlevlerini sağlıklı şekilde yerine getirebilmek için öğrencilerin öğrenme biçemlerini bilmek ve dikkate almak durumundadırlar (12).

Çalışmada böyle bir alt başlık kullanmamızın sebebi öğrenme stilleri ve öğrenme biçemleri kavramlarının birbirlerinin yerine kullanılmasını önlemek ve kavramlar arasında yaşanan bu karmaşanın giderilmesini sağlamaktır. Çalışmamızda Hemşirelik Yüksekokulu ve Ebelik Yüksekokulu öğrencilerinin öğrenme biçemlerini belirlemek üzere Şimşek tarafından

geliştirilen Öğrenme Biçemleri Envanteri kullanılmıştır. Çalışmamızın başlığının Öğrenme Biçemleri olmasının sebebi; envanterin tüm öğrenme stili boyutlarını ölçmeye yönelik hazırlanmamış olmasından dolayıdır. Kullanılan envanter ile öğrenme stiline temel boyutlarından biri olan yukarıda da açıklaması yapılan algısal tercihler boyutu belirlenmeye çalışılmıştır.

## **MATERYAL VE METOT**

Araştırma, hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin sahip oldukları öğrenme biçemleri ile problem çözme becerilerini belirlemek, kişisel özelliklerin ve bölümlerin öğrenme biçemleri ile problem çözme becerileri üzerindeki etkisini araştırmak öğrenme biçemleri ile problem çözme becerileri arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Çalışma, 2010 yılı Kasım-Aralık ayları arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Aydın ilindeki Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulunda Hemşirelik Bölümü (255) ve Ebelik Bölümü (218) öğrenciler oluşturmaktadır. Öğrencilerin tamamına ulaşılması amaçlanmıştır. Araştırmada iki hemşirelik bölümü, 13 ebelik bölümü öğrencilerinin verileri eksik doldurmaları nedeniyle anketleri iptal edilmiştir. Hemşirelik bölümü üç, ebelik bölümü 12 öğrenci anket uygulamayı kabul etmemişlerdir. Ebelik bölümü 20 öğrenciye klinik saha uygulamaları, uygulama tarihlerinde devamsızlık yapmaları ve ebelik öğrenci kongresinde çalışmalarını nedeniyle ulaşamamıştır. Örneklem grubunu 250 hemşire öğrencisi ve 173 ebelik öğrencisi oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Öğrencilerin uygun olduğu ders saatlerinde ve uygun ortam hazırlanarak veriler toplanmıştır.

Araştırma değişkenler arasındaki ilişkileri incelemeye yönelik niceliksel ve ilişkisel çalışmadır. Veri toplama sürecinde araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyo demografik özellikler veri formu bölüm, yaş, sınıf, cinsiyet, anne ve babanın eğitim düzeyi, gelir düzeyi ders çalışma alışkanlıkları ile ilgili bilgiler gibi demografik özellikleri anket aracılığıyla toplanmıştır. Bu anket, araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür incelenerek oluşturulmuştur (7,18,19,20). “BİG 16 Öğrenme Biçemleri Envanteri” ve Heppner ve Petersen tarafından geliştirilen ve Türkçeye uyarlaması Şahin, Şahin ve Heppner tarafından gerçekleştirilen “Problem Çözme Envanteri” kullanılmıştır (14,15). Verilerin analizinde sayı, yüzde, aritmetik ortalama, t testi, varyans analizi ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Müdüründen uygulama izni

alınmış, veriler belirlenen tarihlerde ve saatlerde araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Veri toplama işlemi öğrencilere yanıtlamaları için uygun ortam yaratılarak, yeterli süre verilerek, sınıf ortamında gerçekleştirilmiştir.

#### **A. Problem Çözme Envanteri :**

Orijinal adı Problem Solving Inventory, Form-A (PSI-A) olan Problem Çözme Envanteri (PÇE), Heppner ve Petersen tarafından çeşitli araştırmalar sonucu ortaya çıkan “genel yönelim”, “problemin tanımı”, “alternatif üretme”, “karar verme” ve “değerlendirme” gibi problem çözme aşamaları göz önünde bulundurularak, kişinin problemlerini çözebilme yeterliliği konusunda kendisini nasıl algıladığının yanı sıra, problem

çözme yönteminin boyutlarını da belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (14,15). Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmaları çerçevesinde çeviri çalışmaları, sırasıyla Akkoyun ve Öztan, Taylan ve Şahin, Şahin ve P.P. Heppner; geçerlilik güvenirlik çalışmaları ise Taylan, Şahin, Şahin ve P.P. Heppner ve Çam tarafından yapılmıştır (7,15,16,17).

Envanter kapsamı, 35 maddeden 6’lı likert ölçeği olarak oluşturulmuştur. Maddelerin bir kısmı olumlu, bir kısmı da olumsuz ifadelerden oluşmaktadır. Ölçek, toplam puan (problem çözme beceri algısı puanı) ve alt ölçeklere ilişkin puanları vermektedir. Yanıtlanmasında birey, her madde için, hangi sıklıkta o maddelerdeki gibi davrandığını işaretler. Envanterin 6’lı likert cevaplama seçenekleri: “Her zaman böyle davranırım”, “Çoğunlukla böyle davranırım”, “Sık sık böyle davranırım”, “Arada sırada böyle davranırım”, “Ender olarak böyle davranırım” ve “Hiçbir zaman böyle davranmam” şeklindedir.

Sahin, Sahin ve Heppner, tarafından yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin;

- **Aceleci Yaklaşım:** 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30 ve 32. Maddeler,
- **Düşünen Yaklaşım:** 18, 20, 31, 33 ve 35. maddeler,
- **Kaçıngan Yaklaşım:** 1, 2, 3 ve 4. maddeler,
- **Değerlendirici Yaklaşım:** 6, 7 ve 8. maddeler,
- **Kendine Güvenli Yaklaşım:** 5, 11, 23, 24, 27, 28 ve 34. maddeler,
- **Planlı Yaklaşım:** 10, 12, 16 ve 19. maddeler, olmak üzere 6 faktörden oluştuğu

belirtilmektedir (15).

Envanterin değerlendirilmesi ise; verilen cevaplara 1 ile 6 arasında değişen puanlar verilir. Puanlamada 9, 22 ve 29. maddeler puanlama dışı tutulur. Puanlama 32 madde üzerinden yapılır. 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30 ve 34. maddeler ters olarak

puanlanan maddelerdir. Envanterden alınabilecek puan ranjı, 32–192 arasındır. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin problem çözme becerileri konusunda kendini yetersiz olarak algıladığını gösterir. Ölçekten alınan toplam puanların azalmasında ise kişinin problem çözme beceri algısının olumlu olduğu kabul edilir. Alt ölçeklerin puanlanmasında da olumlu-istendik olarak nitelendirilebilecek problem çözme yaklaşım biçimlerini ölçen alt ölçeklerden (düşünen yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, planlı yaklaşım) alınan puanlar azaldıkça ilgili yaklaşım biçimlerinin daha fazla kullanıldığı değerlendirilirken; olumsuz-etkisiz olarak nitelendirilebilecek problem çözme yaklaşım biçimlerini ölçen alt ölçeklerden (aceleci yaklaşım ve kaçınan yaklaşım) alınan puanlar azaldıkça ilgili yaklaşım biçimlerinin daha az kullanıldığı düşünülür (16).

### **B. BİG 16 Öğrenme Biçimleri Envanteri:**

Şimşek tarafından geliştirilen bu envanter bedensel, işitsel ve görsel olmak üzere üç öğrenme biçimini ölçmektedir. Her öğrenme biçimi için 16 madde içeren envanter, toplam 48 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin değerlendirilmesinde, maddenin değerlendirilen kişiye uygunluğuna göre 5'li likert ölçeği kullanılmıştır. Kişinin yatkın olduğu öğrenme biçiminin belirlenmesinde izlenecek yöntem, her bir biçim alanından alınacak puanların toplamalarının karşılaştırılmasıdır (12).

BİG 16 Öğrenme Biçimleri Envanterinin değerlendirilmesini inceleyecek olursak;

1. Her bir madde için; kullanıcının katılma düzeyine ilişkin kod rakamı (-2'den 2'ye kadar) çizelge üzerine not edilir (Kesinlikle katılıyorum 2, Katılıyorum 1, Kararsızım 0, Katılmıyorum -1, Kesinlikle katılmıyorum -2).

2. Her bir biçim kategorisine yazılan rakamların matematiksel toplamı (-32 ile 32 arasında değişen bir sayı) o kategorinin altındaki boşluğa yazılır. Bu toplamlar kullanıcının her bir kategoriye ilişkin biçim puanlarıdır.

3. Biçim puanları;

- 7 ile (-7) arasında değişiyorsa, dikkate alınmaz.
- 8 ile 32 arasında değişiyorsa, kullanıcı o biçime sahiptir.
- (-8) ile (-32) arasında değişiyorsa, kullanıcı o biçime tepkilidir.

4. (+) değerli biçim puanları büyükten küçüğe doğru sıralanır. Biçimlerden en büyük değere sahip olan baskın, ikinci büyük değere sahip olan ikincil, en küçük değere sahip olan ise o kullanıcının üçüncül öğrenme biçimini ortaya koyar.

5. Biçem puanlarının birbirine çok yakın çıkması, zayıf da olsa, olasıdır. Bu durum öğrencinin birden fazla biçeme sahip olduğu şeklinde yorumlanır (12).

## **BULGULAR**

Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Öğrencilerin sınıfları, kardeş sayıları, cinsiyetleri, yaş grupları, medeni durumları, anne ve baba eğitim düzeyleri, aile yapıları, yaşadıkları yer, gelir durumları, not ortalamaları, mezun olunan lise, ders çalışma alışkanlıkları gibi özelliklere ilişkin verilerin dağılımı Tablo 1’de verilmiştir.

Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri arasında istatistiksel olarak fark olmadığı ( $p>0.05$ )’ problem çözme becerilerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Öğrencilerin problem çözme becerilerinin cinsiyet, yaş, sınıf, mezun oldukları lise türüne göre aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Öğrencilerin aceleci yaklaşım, düşünen yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve planlı yaklaşım, kaçınan yaklaşım alt boyut puan ortalamalarının ve toplam puan ortalamalarının öğrenme biçemleri toplam puanı ve alt boyutlarının puanlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

Çalışmaya katılan hemşirelik bölümü öğrencilerinin %23.2’nin bedensel, %22.8’nin işitsel, %54’nün görsel öğrenme biçimine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 3).



**Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Ebelik		Hemşirelik	
	Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Sınıf</b>				
1. sınıf	62	35,8	75	30,0
2. sınıf	36	20,8	53	21,2
3. sınıf	38	22,0	55	22,0
4. sınıf	37	21,4	67	26,8
<b>Cinsiyet</b>				
Kız	173	100,0	215	86,0
Erkek			35	14,0
<b>Yaş Grubu</b>				
17-19	54	31,2	75	30,0
20-22	99	57,2	142	56,8
23-25	20	11,6	33	13,2
<b>Medeni Durum</b>				
Bekar	172	99,4	247	98,8
Evli	1	,6	3	1,2
<b>Kardeş Sayısı</b>				
Yok	4	2,3	5	2,0
Bir kardeş	50	28,9	81	32,4
İki kardeş	57	32,9	82	32,8
Üç kardeş	28	16,2	39	15,6
Dört kardeş ve üzeri	34	19,7	43	17,2
<b>Anne Eğitim Durumu</b>				
Okuryazar değil	19	11,0	21	8,4
Okuryazar	14	8,1	20	8,0
İlköğretim	105	60,7	160	64,0
Lise	32	18,5	43	17,2
Üniversite	3	1,7	6	2,4
<b>Baba Eğitim Durumu</b>				
Okuryazar değil	6	3,5	6	2,4
Okuryazar	7	4,0	9	3,6
İlköğretim	100	57,8	148	59,2
Lise	37	21,4	57	22,8
Üniversite	22	12,7	29	11,6
YL/Doktora	1	,6	1	,4
<b>Aile Yapısı</b>				
Otoriter	15	8,7	22	8,8
Demokratik	54	31,2	82	32,8
İlgisiz	5	2,9	6	2,4
Aşırı ilgili	18	10,4	26	10,4
Koruyucu	81	46,8	114	45,6
<b>Gelir Durumu</b>				
Düşük	16	9,2	21	8,4
Orta	154	89,0	224	89,6
Yüksek	2	1,8	5	2,0
<b>Ders Çalışma Alışkanlıkları</b>				
Her gün düzenli olarak çalışırım	46	26,6	75	30,0
Sınavdan belli bir süre çalışırım	66	38,2	94	37,6
Sınavdan önceki akşam / bir gün önce sadece sınava çalışırım	61	35,2	81	32,4
<b>Mezun Olunan Lise Türü</b>				
Genel Lise	84	48,6	128	59
Anadolu Lisesi	50	28,9	68	27,2
Meslek Liseleri	7	4,0	9	3,6
Süper Lise	32	18,5	43	17,2
<b>Toplam</b>	173	100,0	250	100,0

\*Sütun yüzdesi

**Tablo 2.** Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Ebelik Bölümü		Hemşirelik Bölümü		t*	p
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
<b>Aceleci Yaklaşım</b>	30,28	6,58	30,42	6,59	1,35	p>0.05
<b>Düşünen Yaklaşım</b>	14,58	4,41	14,54	4,39	6.55	p>0.05
<b>Kaçıngan Yaklaşım</b>	12,90	4,68,	12,88	4,68	7.06	p>0.05
<b>Değerlendirici Yaklaşım</b>	8,59	3,13	8,71	3,08	9.75	p>0.05
<b>Kendine Güven</b>	21,08	5,52	20,63	5,28	-1.24	p>0.05
<b>Planlı Yaklaşım</b>	11,40	3,48	11,27	3,50	8.51	p>0.05
<b>Toplam ölÇEK</b>	108,90	19,53	108,02	18,76	2.64	p>0.05

\*Bağımsız gruplarda t testi

**Tablo 3.** Hemşirelik Öğrencilerinin Sahip Oldukları Öğrenme Biçimleri için Frekans ve Yüzde Dağılımları

Öğrenme Biçimleri	N	%
<b>Bedensel</b>	58	23.2
<b>İşitsel</b>	57	22.8
<b>Görsel</b>	135	54.00
<b>Toplam</b>	250	100.00

Araştırmaya katılan ebelik bölümü öğrencilerinin %27.16'nın bedensel, %16.84'nün işitsel, %56'nın görsel öğrenme biçimine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4.** Ebelik Öğrencilerinin Sahip Oldukları Öğrenme Biçimleri için Frekans ve Yüzde Dağılımları

Öğrenme Biçimleri	N	%
<b>Bedensel</b>	47	27.16
<b>İşitsel</b>	29	16.84
<b>Görsel</b>	97	56.00
<b>Toplam</b>	173	100.00

Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin öğrenme biçimleri arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin öğrenme biçimlerinin ders çalışma zamanlarını nasıl planladıkları, cinsiyet, yaş, bölüm, mezun oldukları lise türüne göre aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı görülmüştür (p>0.05).

## TARTIŞMA

Çalışmada ebelik bölümü öğrencilerinin %35,8'i 1.sınıf, %20,8'i 2.sınıf, %22'i 3.sınıf, % 21,4'ü 4.sınıf; hemşirelik bölümü öğrencilerinin %30,0'u 1.sınıf, %21,2'i 2.sınıf, %22'i 3.sınıf, %26,8'i 4.sınıftır. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin %56.8'i ebelik bölümü öğrencilerinin %57.2'si 20-22 yaş, grubundadır. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin %32.8'i ebelik bölümü öğrencilerinin %32.9'u iki kardeşe sahiptir. Ebelik bölümü öğrencilerinin %46.8'i, hemşirelik bölümü öğrencilerinin %45.6'ı ailelerinin koruyucu aile yapısına sahip olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan hemşirelik bölümü öğrencilerinin %49.6'ı, ebelik bölümü öğrencilerinin %49.7'i sınavdan belli bir süre önce ders çalışma alışkanlıklarının olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Ebelik öğrencilerinin aceleci yaklaşım puanı  $30,28 \pm 6,58$ , düşünen yaklaşım puanı  $14,58 \pm 4,41$ , kaçınan yaklaşım puanı  $12,90 \pm 4,68$ , değerlendirici yaklaşım puanı  $8,59 \pm 3,13$ , kendine güven puanı  $21,08 \pm 5,52$ , planlı yaklaşım puanı  $11,40 \pm 3,48$ , ölçek toplam puanı  $108,90 \pm 19,53$ 'tür. Hemşirelik öğrencilerinin aceleci yaklaşım puanı  $30,42 \pm 6,59$ , düşünen yaklaşım puanı  $14,54 \pm 4,39$ , kaçınan yaklaşım puanı  $12,88 \pm 4,68$ , değerlendirici yaklaşım puanı  $8,71 \pm 3,08$ , kendine güven puanı  $20,63 \pm 5,28$ , planlı yaklaşım puanı  $11,27 \pm 3,50$ , ölçek toplam puanı  $108,02 \pm 18,76$ 'dir. Öğrencilerinin problem çözme becerilerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Envanterden alınan puanların düşük olması öğrencilerin problem çözme becerilerinin yüksek olmasına, puanların yüksek olması ise öğrencilerin problem çözme becerilerinin düşük olmasına işaret etmektedir. Yurttaş ve Yetkin; Kanbay, Bozok; Kelleci, Gölbaşı; Kaya; Abaan; Terzioglu ; Olgun, Öntürk, Karabacak, Aslan, Serbest; Erdem alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları ile ilgili buldukları sonuçlar, genel olarak araştırma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir (19,21-27).

Problem çözme konusunda hemşirelik öğrencileriyle yapılan çalışmalarda öğrencilerin problem çözme becerilerinin de orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmalarda problem çözme düzeylerinin orta olmasının nedenleri arasında, eğitim sırasında öğrencilerin problem çözme becerilerini geliştirici özel stratejilerin izlenmemesi ve buna bağlı olarak da öğrencilerin problem çözme sürecini yeterince kavrayamaması, öğrencilerin bilimsel problem çözme sürecini zor, teorik, uygulamada zaman alıcı olarak görmeleri klinik uygulamalarında yeterince kullanılmaması olarak yorumlanabilir.

Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerinin cinsiyetlerine göre aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir Taylan ,Çam, Basmacı, Tümkaya ve

İflazoğlu, Saygılı, Tanrikulu, Pehlivan ve Konukman, Gültekin ,Olgun, Öntürk, Karabacak, Aslan, Serbest cinsiyetin problem çözme becerisi üzerinde bir etkisinin olmadığını bulmuşlardır. Çalışma sonuçlarımızla paralellik göstermeyen çalışmalar da mevcuttur (7,17,26,28-33). Akaydın Korkut, Ülger, Katkat, Serin problem çözme becerilerinin cinsiyete göre farklılaştığını bulmuşlardır (34-38). Çalışma sonuçlarının farklı çıkmasına, alınan farklı örneklem gruplarının sebep olduğu düşünülebilir.

Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerinin yaşlarına göre aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Yurttaş, Tanrikulu, Kaya, Arın, Tekin ve Taşkın tarafından farklı gruplarla yapılan çalışmalarda ise yaşın problem çözme becerileri üzerinde etkisinin olmadığını belirlemişlerdir (23,31,39-41). Bu bulgular genel olarak araştırma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir. Çalışma sonuçlarımızla paralellik göstermeyen çalışmalar da mevcuttur. Altun (2003) Koşgeroğlu, Yıldırım, Bahar öğrencilerinin problem çözme becerilerinin yaşlarına göre aralarında istatistiksel olarak fark olduğunu belirlemişlerdir (42,43).

Çalışmada öğrencilerinin problem çözme becerilerinin bölümlerine göre aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Basmacı, Yurttaş, Arslan, Çağlayan bölüm farklılıklarının problem çözme becerileri üzerinde etkisinin olmadığını bulmuşlardır (18,28,39,44).

Araştırmada öğrencilerinin problem çözme becerilerinin mezun olunan lise türüne göre aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Yurttaş, Çilingir, Tekin, Taşgın, Kıvrak, Çağlayan'ın yaptıkları çalışmalarda öğrencilerin problem çözme becerilerine mezun olunan lise türünün etkilemediğini bulmuşlardır. Bu araştırma bulguları, bulduğumuz sonuçları destekler niteliktedir (18,39,45,46).

Araştırmaya katılan ebelik bölümü öğrencilerinin %27.16'nın bedensel, %16.84'nün işitsel, %56'nın görsel öğrenme biçimine; hemşirelik bölümü öğrencilerinin %23.2'nin bedensel, %22.8'nin işitsel, %54'nün görsel öğrenme biçimine sahip olduğu saptanmıştır. Bir başka deyişle öğrencilerin baskın öğrenme biçimlerinin öncelikli olarak görsel, sonra bedensel ve daha sonra da işitsel olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3,4).

Farklı öğrenci grupları ve envanterlerle yapılan çalışmalarda; Ewing ve Yong, Çin, Afrika ve Meksika asıllı Amerikalı azınlık öğrencilerinin ağırlıklı olarak görsel öğrenme stili tercihine sahip olduğunu; Ninnis öğrencilerin öğrenme sürecinde, sözel iletişimden çok görsel öğrenme biçiminin bir özelliği olan şekil ve grafikleri tercih ettiklerini; Şimşek, öğrencilerin

%63'ünün görsel, %27'sinin işitsel, %10'unun bedensel öğrenme biçimine sahip Olduğunu; Çelik, öğrencilerin öğrenme stilleri dağılımlarının, öncelikli olarak %81,8 görsel, ikinci olarak %65,6 işitsel ve üçüncü olarak %62,3 bedensel olduğunu; Yıldırım ve Çirkinoglu, araştırmaya katılan öğrencilerin yaklaşık yarısının (%49,5) görsel öğrenme stiline sahip olduğunu; Çağlayan çalışmasında beden eğitimi bölümü öğrencilerinin %54,6 görsel, %25,1 bedensel, %20,2 işitsel öğrenme biçimine sahip olduklarını belirlemiştir. Araştırmacıların buldukları bu bulgular genel olarak bizim çalışmamızda bulduğumuz sonuçları destekler niteliktedir (12,18,47,48,49,50).

Ek olarak bedensel öğrenen öğrencilerin belirlenmesinin görsel ve işitseller kadar kolay olmadığı, bu gruptaki öğrencilerin, öğrenme biçimlerinin bir birleşimini kullanarak öğrendikleri ve bilgi verilince hem görmeye hem de dinlemeye ihtiyaç duyabilecekleri belirtilmiştir (11). Ülkemizde, okullarda uygulanan öğrenme tekniklerinden dolayı öğrenciler işitsel ve özellikle de görsel olmaya zorlanmaktadırlar. Bu zorlamaya yanıt verenler okul sisteminde ayakta daha kolay durabilmekte, buna adapte olamayanlar ise sistemden elenmekte, atlılarda kalmaktadır (51).

Hemşirelik öğrencilerinin öğrenme biçimleri ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak fark olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ). Kabadayı, öğrencilerin cinsiyetlerine göre öğrenme biçimlerinde istatistiksel olarak bir farklılık olmadığını; Loo, öğrencilerin öğrenme stil tercihlerini belirlerken cinsiyetlerinin bu tercihe bir etkisinin olmadığını; Arslan , öğrencilerin cinsiyet ayrımı olmaksızın çoğunlukla görsel öğrenen olduklarını; Crabtree , öğrencilerin öğrenme stilleri ile cinsiyetleri açısından farklılıklar olmadığını; Güzel, öğrencilerin öğrenme stillerinin cinsiyete göre farklılaşmadığını; Babadoğan öğrencilerin öğrenme stilleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını; Yıldırım ve Çirkinoglu yaptıkları araştırmada, kız ve erkek öğrencilerin öğrenme stilleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edememişlerdir (50,52-57).

Ergür ve Saraçbaşı tarafından yapılan araştırmada, kız öğrencilerin erkek öğrencilerden daha çok görsel tekniklerle, erkek öğrencilerin de kız öğrencilerden daha çok kinestetik tekniklerle öğrenmeye eğilimli oldukları tespit edilmiştir (58). Çağlayan çalışmasında öğrencilerin öğrenme biçimlerinin cinsiyet değişkenlerine göre farklılaşmadığını bulmuştur (18). Literatürde cinsiyetin öğrenme stili üzerinde etkisi olmadığını gösteren bu denli araştırma olmasına rağmen bir o kadarda cinsiyetin öğrenme stili üzerinde belirleyici bir rolü olduğunu gösteren araştırmalarda mevcuttur. Matthews , Dunn ve Griggs , Ergür , Mahiroğlu ,

Baran , Taylor, Kennedy, Tabanlıoğlu, Güven, Çubukçu, Garland ve Martin, Otrar yaptıkları araştırmalarda öğrencilerin öğrenme stil tercihlerinin belirlenmesinde cinsiyetin önemli bir etken olduğunu tespit etmişlerdir (58,59,60-68). Bu sonuçların birbiri ile çelişkili gözükmesinin sebebi, literatürde öğrenme stillerine ait birden fazla kuramsal açıklamanın bulunması ve bunlara bağlı olarak geliştirilen ölçme araçlarının fazla olması olabilir.

Çalışmada hemşirelik ve ebeklik bölümü öğrencilerinin öğrenme biçemleri ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Diğer bu konuda yapılan çalışmalarda da Truluck ve Courtenay, Ergür ve Saraçbası, İlhan, Erginer, Crabtree yaşın öğrenme biçemleri üzerinde bir etkisinin olmadığını bulmuşlardır. Bu bulgular, araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir (55,58,69,70).

Öğrencilerin öğrenme biçemleri ile bölüm değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesinde; hemşirelik ve ebeklik bölümü öğrencilerinin öğrenme biçemleri ile bölümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Weng, Arslan, Çağlayan çalışmalarında okudukları bölümlerin öğrencilerin öğrenme biçemlerine etkilemediğini saptamışlardır (18,44,71).

Hemşirelik ve ebeklik bölümü öğrencilerinin öğrenme biçemleri ile mezun olunan lise türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Öğrencilerin öğrenme biçemlerinin mezun oldukları lise türü değişkenlerine Teziç, Ergür ve Saraçbaş (2002), Çağlayan farklı öğrenci gruplarıyla yaptıkları araştırmalarda, öğrencilerin öğrenme stilleri ile mezun oldukları lise türü arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemişlerdir. Bu bulgular genel olarak araştırma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir (18,58,72).

Hemşirelik ve ebeklik bölümü öğrencilerinin öğrenme biçemleri ile ders çalışma alışkanlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Çağlayan öğrencilerin çalışma alışkanlıkları ile öğrenme biçemleri arasında istatistiksel olarak fark belirlemiştir (18).

Bu sonuçlar, öğrencilerin öğrenme biçemlerinin, ders çalışma zamanlarını nasıl planladıkları değişkenlerine göre farklılık göstermektedir. Boydak “Öğrenme Stilleri” kitabında şöyle bir açıklamada bulunmuştur: “Ülkemizde, okulda uygulanan öğrenme tekniklerinden dolayı öğrenciler işitsel ve özellikle de görsel olmaya zorlanmaktadırlar. Bu zorlamaya yanıt verenler okul sisteminde ayakta daha kolay durabilmektedirler. Bedensel öğrenciler de sisteme ayak uydurarak üniversiteyi kazanarak bitirebilmektedirler (51).

Öğrencilerin aceleci yaklaşım, düşünen yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve planlı yaklaşım, kaçınan yaklaşım alt boyut puan ortalamalarının ve toplam puan ortalamalarının öğrenme biçimleri toplam puanı ve alt boyutlarının puanlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Ayrıca öğrencilerin problem çözme becerileri ile öğrenme biçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $p>0.05$ ) Çağlayan, Koşar yaptıkları çalışmalarında öğrencilerin öğrenme biçimleri ile problem çözme becerileri arasında ilişki belirlememişlerdir (18,20).

Bilindiği gibi problem çözme ve öğrenme biçimleri öğrenebilen ve deneyimlerle geliştirilebilen becerilerdir (12). Ülkemizde hemşirelik ve ebeklik öğrencilerinin eğitimi ve mesleği alanda uygulanması ile ilgili yaşanan sorunlar göz önüne alındığında problem çözme becerileri ve öğrenim stilleri gelişmiş mezunlar verilmesine gereksinim duyulduğu açıktır. Nitekim birçok hemşirelik ve ebeklik fakülte ve yüksekokullarında müfredat ile ilgili yapılan düzenlemeler ve içerik çalışmaları eleştirel düşünen, problem çözme becerisi gelişmiş, yaratıcı düşünen, doğru karar verebilen, otonomisini kullanan ve bakıma odaklı hemşire ve ebelere gereksinim duyulmasının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir (2,3,13).

## SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular ışığında öğrencilerin yarısından fazlasının görsel öğrenme biçimine sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Ebeklik ve hemşirelik öğrencilerinin öğrenme biçimleri arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir. Ebeklik ve hemşirelik öğrencilerinin öğrenme biçimlerinin ders çalışma zamanlarını nasıl planladıkları, cinsiyet, yaş, bölüm, mezun oldukları lise türü, mezun oldukları lise alan türüne göre aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir.

Öğrencilerinin problem çözme becerileri orta düzeydedir. Öğrencilerin problem çözme becerilerinin cinsiyet, yaş, mezun oldukları lise türüne göre aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca öğrencilerin aceleci yaklaşım, düşünen yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve planlı yaklaşım, kaçınan yaklaşım alt boyut puan ortalamalarının ve toplam puan ortalamalarının öğrenme biçimleri toplam puanı ve alt boyutlarının puanlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmemiştir.

Öğrencilerin kendi öğrenme biçimlerinin farkında olmaları, öğrenmelerini kontrol edebilmelerine, problemleri durumlarla karşılaştıklarında nasıl bir yaklaşım izlemeleri gerektiği

hakkında bilgi sahibi olmalarına katkı getirecektir. Eğitim kurumlarında öğrencilerin kendi öğrenme biçimlerini tanımlarına olanak sağlayacak şekilde öğrenme-öğretme ortamları düzenlenmeleri önerilmektedir. Öğrencilerin problem çözme becerilerinin öğretildiği ve bunun üzerinde etkisini ortaya çıkaran deneysel çalışmalar yapılabilir.

## KAYNAKLAR

1. Söylemez S. Uzmanlık Tezi; “İstanbul’da Ergenlerde Problem Çözme Becerisini Geliştirmeye Yönelik Bir Grup Çalışması Programının Etkisinin İncelenmesi” Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Adnan Kulaksızoğlu. İstanbul-2002.
2. Özsoy SA (ed.), Yıldırım ÖB. Hemşirelikte Eleştirel Düşünme Uygulamalı Yaklaşım. Tuna Matbaacılık, ISBN:978-605-61163-0-8 Aydın- 2010,41-53.
3. Yıldırım B, Özkahraman Ş. Critical Thinking Theory And Nursing Education. International Journal of Humanities and Social Science 2011; 1 (17): 176-185.
4. Oğuzkan AF, Bingham A. Çocuklarda Problem Çözme Yeteneklerinin Geliştirilmesi. (Çeviri), Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, İstanbul-2004.
5. Edison Knapp S. School Counseling And School Social Work Homework Planner. New Jersey, John Wiley & Sons, Inc. 2003.
6. Santrock JW. Educational Psychology. New York,Mcgraw-Hill Companies Inc. 2001.
7. TAYLAN S. Uzmanlık Tezi; “Heppner’in Problem Çözme Envanteri’nin Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları” Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Füsün Akkoyun. Ankara-1990.
8. Kolb DA. Experimental Learning: Experience As The Source Learning And Development. Englewood Cliffs. New Jersey, New Jersey Prentice Hall 1984.
9. Erden M, Akman Y. Eğitim Psikolojisi Gelişim-Öğrenme-Öğretme. Arkadaş Yayınevi. ISBN:9789755090580 Ankara- 2010.
10. Erden M, Altun S. Öğrenme Stilleri. Morpa Yayınları, ISBN: 975284486-3 İstanbul-2008.
11. Erden M, Altun S. Öğrenme Stilleri. Morpa Kültür Yayınları, ISBN: 975284486-3 İstanbul- 2006.
12. Şimşek N. BİG 16 Öğrenme Biçimleri Envanteri. Eğitim Bilimleri ve Uygulama 2002; 1(1): 33-47.



13. Yıldırım B, Özkahraman Ş. Hemşirelikte Eleştirel Düşünme ve Eğitimi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011; 4(1): 155-160.
14. Heppner PP, Petersen CH. The Development and implications of a personal problem-solving Inventory. Journal of Counseling Psychology 1982; 29 (1): 66-75.
15. Şahin NH, Şahin N, Heppner P. Psychometric Properties Of The Problem Solving Inventory In A Group Of Turkish University Students. Cognitive Therapy and Research 1993; 17(3): 379-385.
16. Ferah D. Uzmanlık Tezi; “Kara Harp Okulu Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerini Algılamalarının ve Problem Çözme Yaklaşım Biçimlerinin Cinsiyet, Sınıf, Akademik Başarı ve Liderlik Yapma Açısından İncelenmesi” Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Oya Ersever, Ankara-2000.
17. Çam S. Öğretmen Adaylarının Ego Durumları İle Problem Çözme Becerisi Algısı İlişkisinin İncelenmesi. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 1995; 6(2): 37-42.
18. Çağlayan HS. Doktora Tezi; “Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Öğrenme Biçimleri İle Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Bilim Dalı, Tez Yöneticisi: Yrd.Doç. Mehmet Sezen, Ankara, 2007.
19. Kanbay A, Bozok D. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Değerlendirilmesi. III. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi; 29-30 Nisan 2004.
20. Koşar A. Uzmanlık Tezi; “BÖTE Bölümü Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerinin, Öğrenme Biçimlerinin ve Yaratıcılıklarının Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi: İzmir Örneği” Ege Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Mustafa Murat Inceoğlu İzmir- 2010.
21. Yurttaş A, Yetkin, A. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Empatik Becerileri İle Problem Çözme Becerilerinin Karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003;6(1): 1-13.
22. Kelleci M, Gölbaşı Z. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 8(2): 1-8.

23. Kaya E. Uzmanlık Tezi; “Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi” Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Tez Yöneticisi: Y.Doç.Dr. Hatice Ulusoy. Sivas-2005.
24. Abaan S, Bulut H, Cihangir N. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinde İç Denetim Odağı Geliştirme Programının Değerlendirilmesi. I.Uluslararası V.Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi; 19-22 Eylül 2001, Nevşehir.2001. p 215-221.
25. Terzioğlu F. The Perceived Problem Solving Ability Of Nurse Managers. Journal of Nursing Management 2006;14(5):340-347.
26. Olgun N, Kan Öntürk Z, Eti Aslan F, Karabacak Ü, Serbest Ş. Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri: Bir Yıllık İzlem Sonuçları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 1(4): 188-194.
27. Erdem Y. Yüksekokul Ve Sağlık Meslek Lisesi Mezunu Hemşirelerin Sorun Çözme Becerileri. Yeni Tıp Dergisi 2001; 125-129.
28. Basmacı SK. Uzmanlık Tezi; “Üniversite Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerini Algılamalarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi” İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı, Tez Yöneticisi: Y.Doç.Dr. Mehmet Güven, Malatya-1998.
29. Tümkaya S, İflazoglu A. Çukurova Üniversitesi Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Otomatik Düşünce ve Problem Çözme Düzeylerinin Bazı Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2000; 6(6):143-158.
30. Saygılı H. Uzmanlık Tezi; “Problem Çözme Becerisi İle Sosyal Ve Kişisel Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” Yayınlanmamış Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Fikri Köksal, Erzurum-2000.
31. Tanrıku T. Uzmanlık Tezi; “Yetiştirme Yurtlarında ve Aile Ortamında Yasayan Ergenlerin Bilişsel Yapıları (Olumsuz Otomatik Düşünceler) Ve Problem Çözme Becerileri Açısından İncelenmesi” Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Betül Aydın, İstanbul- 2002.
32. Pehlivan Z, Konukman F. Beden Eğitimi Öğretmenleri İle Diğer Branş Öğretmenlerinin Problem Çözme Becerisi Açısından Karşılaştırılması. Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi 2004; 2 (2): 55-60.

33. Gültekin A. Uzmanlık Tezi; “Psikolojik Danışma ve Rehberlik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi” Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Yrd.Doç.Dr. Fikri Köksal , Erzurum, 2006.
34. Akaydın FS. Uzmanlık Tezi; “Üniversite Öğrencilerinin Problem Alanları, Problemlilik Düzeyleri, Problem Çözme Becerileri Ve Yardım Arama Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Yaşar Özbay, Trabzon-2002.
35. Korkut F. Lise öğrencilerinin Bazı Değişkenler Açısından Problem Çözme Becerilerini Değerlendirmeleri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2002; 23, 177-184.
36. Ülger ÖE. Uzmanlık Tezi; “Okul Yöneticilerinin Problem Çözme Becerilerinin Liderlik Davranışlarıyla İlişkisi” Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Esra Aslan, İstanbul-2003.
37. Katkat D. Öğretmen adaylarının problem çözme becerilerinin cinsiyetler ve alanlar bakımından karşılaştırılması. Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi 2003; 8(3): 11-18.
38. Derin R. Yüksek Lisans Tezi; “İlköğretim 8. Sınıf Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri ve Denetim Odağı Düzeyleri İle Akademik Başarıları Arasındaki İlişki (İzmir İl Örnekleme)” Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Nergüz Bulut Serin, İzmir-2006.
39. Yurttaş A. Yüksek Lisans Tezi; “Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Empatik Becerileri İle Problem Çözme Becerilerinin Karşılaştırılması” Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Ayşen Yetkin, Erzurum-2001.
40. ARIN A. Uzmanlık Tezi; “Lise Yöneticilerinin Öğretim Liderliği Davranışları İle Kullandıkları Karar Verme Stratejileri Ve Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki Düzeyi” Osmangazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Bahaddin Acat, Eskişehir-2006.

41. Tekin M, Taşğın Ö, Kıvrak AO. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulunda Okuyan Öğrencilerin Problem Çözme Becerilerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Ülkümüz Dergisi 2007;4 (7): 57-66.
42. Altun I. The Perceived Problem Solving Ability And Values Of Student Nurses And Midwives. Nurse Education Today 2003; 23: 575-584.
43. Koşgeroğlu N, Yıldırım S, Bahar M. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri. 3.Ulusal-10.Uluslararası Hemşirelik Kongresi; 7-10 Eylül 2005, İzmir.2005. p 140.
44. Arslan B. Uzmanlık Tezi; “Orta Doğu Teknik Üniversitesi Mühendislik Öğrencilerinin Öğrenme Stillere Yönelik Betimleyici Bir Çalışma” Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Meral Aksu, Ankara-2003.
45. Çilingir A. Uzmanlık Tezi; “Fen Lisesi İle Genel Lise Öğrencilerinin Sosyal Becerileri Ve Problem Çözme Becerilerinin Karşılaştırılması” Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Fikri Köksal, Erzurum-2006.
46. Tekin M, Taşğın Ö. Sınıf öğretmenlerinin Problem Çözme Becerilerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. 15. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi; 13-15 Eylül 2006 Muğla, Muğla. 2006. p 20.
47. Ewing NJ, Yong LF. A Comparative Study Of The Learning Style Preferences Among Gifted African-American, Mexican-American And American-Born, Chinese Middle-Grade Students. Roeper Review 1992; 14 (3): 120- 123.
48. Ninnes PM. Toward A. Functional Learning System For Solomon Island Secondary Science Classrooms. Journal of Science Education 1994; 16: 677-688.
49. Çelik L. Doktora Tezi; “Teknoloji Yoğun Ortamların Öğrencilerin Öğrenme Stil Tercihlerine Uygunluğu” Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Tez Yöneticileri: Doç.Dr. Hafize Keser-Yrd. Doç. Dr. Cem Babadoğan Ankara-2004.
50. Yıldırım B, Çirkinoğlu AG. Orta Öğretim 1. Sınıf ve 2. Sınıf Öğrencilerinin Fizik Dersine Yönelik Tutumları İle Öğrenme Stilleri Arasındaki İlişki. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi; 28-30 Eylül 2005. Denizli. 2005.
51. Boydak HA. Öğrenme Stilleri. Beyaz Yayınları, ISBN : 975284486-3, İstanbul, 2006.

52. Kabadayı A. Doktora tezi, Bilişsel Öğrenim Biçemleri ve Öğrenci-Merkezli Bir Yabancı Dil Öğretim Modeli Önerisi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çocuk Gelişimi Eğitimi Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Ahmet Saban, Konya-2001.
53. Loo R. The Distribution Of Learning Styles And Types For Hard and Soft Business Majors. Educational Psychology 2002; 22 (3): 349-360.
54. Arslan C. Uzmanlık Tezi; “Öğretmenlerin ve Öğretmen Adaylarının Problem Çözme Becerilerinin Çeşitli Değişkenler Açısından Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi” Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Hasan Yılmaz, Konya-2001.
55. Crabtree DS. Ph.D. Thesis; “A Study Of Students’ Learning Styles In Itv Broadcast, Remote, And Traditional Classrooms At East Tennessee State University” East Tennessee State University, 2003.
56. Güzel A. Uzmanlık Tezi; “Marmara Üniversitesi Öğrencilerinin Öğrenme Stilleri İle Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Ahmet Şirin İstanbul, 2004.
57. Babadoğan C. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Öğrenme Stilllerine Yönelik Tercihleri. 15.Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi; 13 Eylül 2006. Muğla. 2006.
58. Ergür DO, Saraçbaşı T. Hacettepe Üniversitesi İngilizce Hazırlık Okulu Öğrencilerinin Öğrenme Tercihleri Yönünden İncelenmesi. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını, Açık ve Uzaktan Eğitim Sempozyumu; 23-25 Mayıs 2002. Eskişehir. 2002.
59. Matthews DB. The Effect Of Learning Style On Grades Of First-Year College Students. Research in Higher Education 1991;32(3): 253-268.
60. Dunn RS, Griggs SA. Hispanic-american and learning styles. Emergency Librarian 1995; 23(2):11-16.
61. Mahiroğlu A. Gazi üniversitesi Teknik Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Öğrenme Stilleri. Anadolu Üniversitesi Yayınları, 4. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Bildirileri; 1-3 Eylül 1999. Eskişehir. 1999.

62. Baran A. Uzmanlık Tezi; “Üniversite Öğrencilerinin Çoklu Yetenek-Öğrenme Stilleri İle Benlik Saygısı ve Sürekli Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki” Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Ramazan Abacı , Samsun-2000.
63. Taylor L. Ph.D Thesis; “Learning Styles Preferences of Athletic Training Students and Athletic Training Educators: Similarities, Differences and Impact on Academic Performance” Texas Tech University, Texas, 2000.
64. Kennedy P. Learning Cultures And Learning Styles: Myth- Understandings About Adult (Hong Kong) Chinese Learners. International Journal of Lifelong Education 2002; 21(5): 430-445.
65. Tabanlıoğlu S. Uzmanlık Tezi; “Orta Düzey Öncesi Akademik Amaçlarla İngilizce Öğrenen Öğrencilerin Öğrenme Stilleri Tercihleri ve Dil Öğrenme Stratejileri Arasındaki İlişki” Ortadoğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Gölge Seferoğlu, Ankara, 2003.
66. Güven M. Doktora Tezi; “Öğrenme Stilleri ile Öğrenme Stratejileri Arasındaki İlişki” Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri (Eğitim Programları ve Öğretim) Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi: Prof.Dr. Bekir Özer, Eskişehir-2004.
67. Çubukçu Z. Öğretmen Adaylarının Düşünme Stillерinin Öğrenme Biçimlerini Tercih Etmelerindeki Etkisi. XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı; 6-9 Temmuz 2004. Malatya. 2004.
68. Garland D, Martin BN. Do Gender And Learning Style Play A Role In How Online Courses Should Be Designed? Journal of Interactive Online Learning 2005; 4 (2): 67-81.
69. Truluck JE, Courtenay BC. Learning Style Preferences Among Older Adults. Educational Gerontology 1999; 25: 221-236.
70. Erginer E. İlköğretim Birinci Devre Çocuklarının Öğrenme Tercihlerinin Değerlendirilmesi. XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı; 6-9 Temmuz 2004. Malatya. 2004.
71. Weng CY. Ph.D Thesis; “The Relationship Between Learning Style Preferences and Teaching Style Preferences in College Students” University of Northern Colorado, Colorado, 2001.
72. Teziç I. Uzmanlık Tezi; “Bilkent Üniversitesi Yabancı Dil Hazırlık Okul’undaki Yabancı Dili İngilizce Olan Öğrencilerin Öğrenme Stil Tercihleri İle Dil Başarısı

Arasındaki İlişki” Bilkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tez Yöneticisi:  
Patricia Brenner Ankara-1994.

## ANNELERİN BEBEKLERİNE YAPILAN TOPUK KANI ALMA İŞLEMİ HAKKINDAKİ BİLGİLERİ

Esra TURAL BÜYÜK<sup>1</sup>

### ÖZET

Yenidoğanda bazı hastalıkları önceden saptamak için uygulanan ve tarama testleri arasında önemli bir yer tutan topuk kanı alma işlemi hakkında annelerin bilgilerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmaya, katılmayı gönüllü kabul eden 120 anneye anket formu verilerek veriler toplanmıştır. Anket formu, anneye ait sosyo demografik özellikleri içeren sorular ve topuk kanının neden alındığını bilme durumu yer almaktadır. Veriler SPSS 13 istatistik paket programında değerlendirilmiş olup, yüzdelik hesaplama ve ki-kare testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan annelerin %47,5'inin ilköğretim mezunu, %40'ının il merkezlerinde yaşadıkları ve %70'inin çekirdek aileye sahip oldukları görülmüştür. Çalışmada annelerin beklerinden topuk kanının neden alındığını bilme durumları %22 oranında bulunmuş olup, sosyo demografik özellikler ile işlem hakkında bilgisinin olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Anahtar kelimeler:** Anne, Topuk Kanı, Bilgi

## MOTHERS' KNOWLEDGE OF HEEL STICK BLOOD SCREENING OPERATION APPLIED TO THEIR BABIES

### ABSTRACT

This study aims to determine mothers' levels of awareness about of heel lancing, which is used to diagnose some illnesses in neonatal care and is an important screening test. A questionnaire was given to the 120 mothers who agreed to participate in this descriptive study. It included questions about the mother's sociodemographic features and knowledge about why heel lancing was done. The data were evaluated using SPSS 13, and percentage and chi-squared tests were used. Of the mothers, 47.5% had finished primary school, 40% lived in an urban setting and 70% had a nuclear family. The percentage of mothers' who knew why heel lancing is done was found to be 22%, and a significant relationship was not found between sociodemographic features and knowledge about the operation ( $p>0.005$ ).

**Key words:** Mother, Heel Lance, Knowledge

---

<sup>1</sup>Yrd. Doç. Dr.. Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
İletişim/ Corresponding Author: Esra TURAL BÜYÜK  
Tel: 0362-3121919- 6354 e-posta: esratural@gmail.com

Geliş Tarihi/Received : 29.07.2013  
Kabul Tarihi/ Accepted: 28.04.2014



## GİRİŞ

Yenidoğan bebeğe doğumdan sonra hastaneden taburcu olmadan birçok girişimde bulunmaktadır. Yenidoğana uygulanan K vit, Hepatit B aşısı uygulaması ve işitme testi bunlardan biridir. Ayrıca ülkemizde yenidoğanlardan taburcu olmadan önce fenilketanüri ve hipotiroidi gibi bazı hastalıkların belirlenmesi için topuk kanı alınmaktadır. Topuk kanı alma işlemi yenidoğanlarda tarama testlerinde kullanılan ve rutin yapılan bir uygulamadır (1). Doku yıkımına yol açan bu uygulama bebekler için ağırlı bir uygulama olmakla birlikte özellikle annede kaygıya neden olabilir. Tıbbi uygulamalar her zaman anne tarafından acı veren uygulamalar olarak algılanır. En önemli anksiyete nedeni de bilinmeyen korkusudur. Annenin yaşadığı anksiyetede yeterli bilgi verilmemesinin önemli yer tuttuğu bilinmektedir (2). Yapılan araştırmalar sonucunda anne ve babaların genel olarak yenidoğana yapılan girişimler konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve işlemler konusunda eğitim gereksinimi duydukları bilinmektedir (3,4) Ebe ve hemşireler annelerin yenidoğan yönelik ilgi ve bakım becerileri gereksinimlerini değerlendirip bu konuda gerekli bilgi ve desteği sağladıklarında, annenin annelik rolüne uyumlarını da kolaylaştırmış olmakta ve yenidoğan dönemde sık karşılaşılan sağlık sorunların azalmasına da yardımcı olmaktadır (5).

Aileyi yenidoğana yapılacak girişimler ve tarama testleri konusunda bilgilendirmek gerekir. Sağlık ekibi içinde hemşirelerin anne adaylarını bu konularda bilgilendirmesi en önemli görevlerindedir (6). Bilgi edinme, bilgisizliğin yarattığı korku ve kaygıyı azaltıcı bir stratejidir. Bilgilenme aynı zamanda durum üzerinde kontrol kurmayı sağlar, probleme odaklı baş etme stratejilerinin uygulaması için kapı açar. Hemşireler hem doğumdan önce hem de doğumdan sonra bu bilgilendirmeyi yapmalıdırlar (7). Sağlık ekibi bu bilgilendirmeyi yaparken, annelerin bebeklerine yapılan işlemler nedeniyle kendilerini ifade edebilmesini sağlayacak uygun ortamı hazırlamalıdır (8). Annenin tarama testleri konusundaki eğitimi tesadüfi, gelişigüzel bir yaklaşımla değil; uygun eğitim teknikleri, iletişim kuralları ve yazılı dökümanları içermelidir. Ancak verilecek bilginin ne kadar ayrıntılı olması gerektiğine karar vermek de zordur. Bunun için annenin anksiyetesini daha da arttırmayacak, ancak onların güvenini kazanacak kadar bir bilgi yeterli olur (3). Yapılan çalışmalarda, yenidoğana yönelik tarama testleri hakkında annelerin hamilelik döneminde bilgilendirilmenin doğumdan sonraki bilgilendirilmeden daha etkili olduğunu görülmüştür (9,10). Çalışmalarda ailelerin daha çok bu testlerin ne zaman yapılacağını, sonuçlarını nasıl öğreneceğini ve bu sonuçların nasıl yorumlanacağı hakkında bilgi almak istedikleri belirlenmiştir (4,11).

Ülkemizde taburcu olmadan önce tüm bebeklerden alınan topuk kanı, yenidoğan taramaları arasında önemli bir yer tutmaktadır. Annelerin bu işlem hakkında bilgi sahibi olmaları ayrıca işlemin önemini farkında varmalarını sağlayacaktır. Bu amaçla, bu çalışma, topuk kanı alma işlemi hakkında annelerin bilgilerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

### **MATERYAL ve METOT**

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmanın evrenini Ekim-Aralık 2008 tarihleri arasında Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde normal doğum yapmış 197 anne oluşturmuştur. Araştırmada örneklemini, araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden 120 sağlıklı yenidoğanların anneleri oluşturmuştur. Çalışmanın yürütülebilmesi için, kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Çalışmaya katılan annelere, çalışmanın amacı açıklandıktan sonra anket formu verilmiştir. Anket formu, anneye ait sosyo demografik özellikleri içeren sorular (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyoekonomik durum, aile tipi, yaşadığı yerleşim birimi), topuk kanını neden alındığını bilme durumu yer almaktadır. Veriler SPSS 13 istatistik paket programında değerlendirilmiş olup, yüzdelik hesaplama ve ki-kare testi kullanılmıştır.

### **BULGULAR**

Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması  $24,61 \pm 4,9$  olup, % 59,2'si 19- 25 yaş aralığındadır. Annelerin % 47,5'i ilköğretim mezunu, % 40'ı il merkezlerinde yaşadıkları ve %70'i çekirdek aileye sahip oldukları görülmüştür. Çalışmaya katılan annelerin %95,8' inin ailesinde herhangi bir kalıtsal hastalık olmadığı bulunmuştur. Annelerin gebelikte sigara kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda % 93,3' ü kullanmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 1).

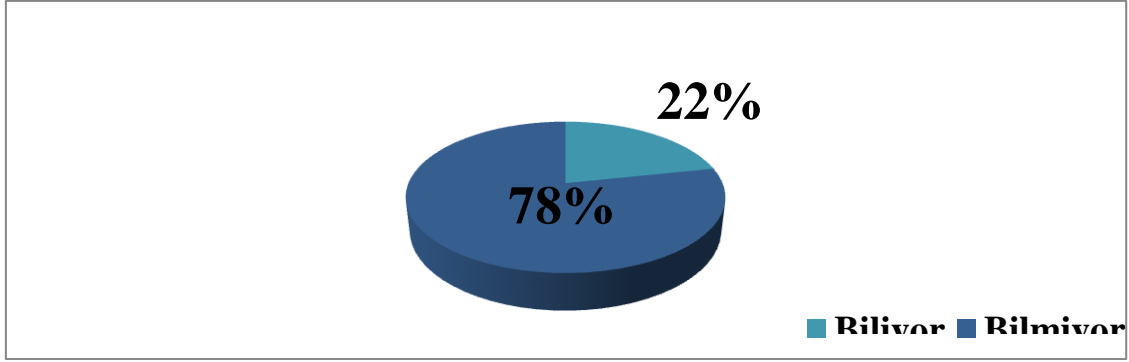
Annelerin sosyo demografik özellikleri ile topuk kanı alma nedenini bilme durumları arasında ilişkiye bakıldığında, annelerin %49,2'sinin 19- 25 yaş aralığında ve bebeklerinden niçin topuk kanı alındığını bilmedikleri görülmüş olup, annelerin yaşları ile topuk kanı alma nedenini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Annelerin % 39,2'si ilköğretim mezunu ve işlemin neden yapıldığı bilmediği görülmüş olup, eğitim seviyeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Annelerin yaşadıkları yere göre topuk kanı alma işleminin neden yapıldığını bilme durumuna bakıldığında ise, il merkezinde yaşayan annelerin %30'unun ve köyde yaşayan annelerin %28,3'ünün işlemin yapılma nedeni hakkında bilgisinin olmadığı görülmüştür. Annelerin yaşadıkları yer ile bebeklerine yapılan bu işlemin neden uygulandığını bilme durumları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Çekirdek aile yapısına sahip annelerin %40,8'inin topuk kanını alma nedenini bilmedikleri saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Annenin ailesinde kalıtsal hastalık olma durumu ve gebelikte sigara içme durumu ile topuk kanı alma işlemi hakkında bilgi sahibi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

**Tablo 1:** Anne ve Bebeğe Ait Sosyodemografik Özellikler

Sosyo-demografik özellikler	Sayı (n)	%	
<b>Yaş</b>	19- 25 yaş	71	59.2
	26- 30 yaş	37	30.8
	31- 35 yaş	6	5.0
	36 yaş ve üstü	6	5.0
<b>Eğitim durumu</b>	Okur- yazar değil	6	5.0
	İlköğretim	57	47.5
	Orta okul	32	26.7
	Lise	19	15.8
	Üniversite	6	5.0
<b>En uzun süreli yerleşim yeri</b>	İl	48	40.0
	İlçe	34	28.3
	Köy	38	31.7
<b>Aile tipi</b>	Çekirdek	84	70.0
	Ataerkil	36	30.0
<b>Kalıtsal hastalık öyküsü</b>	Yok	115	95.8
	Var	5	4.2
<b>Gebelikte sigara kullanma</b>	Yok	112	93.3
	Var	8	6.7
<b>Toplam</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	

Annelerin bebeklerinin topuk kanı alma nedenini bilme durumları % 22'dir.( Şekil 1).



**Şekil 1:** Annelerin Bebeklerinden Topuk Kanı Alma Nedenini Bilme Durumlar

**Tablo 3:** Annelerin Sosyo Demografik Özellikleri İle Topuk Kanı Alma Nedenini Bilme Durumları Arasındaki İlişki

Sosyo Demografik Özellikler			İstatiksel Değerlendirme				
			Biliyor		Bilmiyor		x <sup>2</sup>
		(n)	%	(n)	%		
Yaş	19- 25 yaş	12	10.0	59	49.2	2.846	0.401
	26- 30 yaş	11	9.2	26	21.7		
	31- 35 yaş	2	1.7	4	3.3		
	36 yaş ve üstü	1	0.8	5	4.2		
Eğitim Durumu	İlkokul	11	9.2	47	39.2	7.885	0.096
	Ortaokul	5	4.2	26	21.7		
	Lise	7	5.8	12	10.0		
	Üniversite	3	2.5	3	2.5		
	Okur yazar değil	-	0.0	6	5.0		
Yaşanan yer	İl	12	10.0	36	30.0	0.117	0.096
	İlçe	10	8.3	24	20.0		
	Köy	4	3.3	34	28.3		
Aile tipi	Çekirdek	16	13.3	49	40.8	4.066	0.057
	Ataerkil	10	8.3	45	37.5		
Kalıtsal hastalık öyküsü	Yok	25	20.8	90	75.0		
	Var	1	0.8	4	3.3		
Gebelikte sigara kullanma	Yok	25	20.8	87	72.5		
	Var	1	0.8	7	5.8		

## TARTIŞMA

Yaşamının ilk haftasında yenidoğanlara bazı girişimler yapılır. Bu girişimler arasında topuktan kan alma da yer alır. Annelerin yapılan bu invazif girişimin bebeklere niçin yapıldığını bilmesi, annenin kaygılarını azaltmak ve kendini daha yeterli hissetmesini sağlamak için önemlidir (8). Çalışmamızda annelerin bebeklerine yapılan topuk kanı alma girişiminin neden yapıldığını bilme durumları oldukça düşük bulunmuştur (%22). Bu oran bize annelerin hastaneye yatışta ve bebekleri taburcu olurken yapılan taramalar arasında yer alan topuk kanı işlemi konusunda bilgilerinin olmadığını göstermektedir. Suriadi ve ark (2004) doğum yapan annelerin bebeklerinden topuk kanı alındıktan sonra 24 saat içinde bebeklerine yapılan genetik tarama testleri hakkındaki bilgileri (n=200) araştırılmış ve bebeklerinden neden topuk kanı aldığını bilme oranı düşük bulunmuşlardır (%26,5) (2). Bu araştırma sonucu çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. DeLuca ve ark. metabolik hastalık tanısı konulan 44 aile ile yaptığı çalışmada, sadece ailelerin %16'sı bebeklerine tanı konulmadan önce yapılan topuk kanı testi hakkında bilgilerinin olduğunu belirlemişlerdir(13). Başer ve arkadaşlarının postpartum dönemde anne ve babaların bebek bakımına ilişkin gereksinimlerini belirlemeye yönelik çalışmada, annelerin %42,9 ve babaların da %65,2 tarama testlerinin izlenmesi konusunda bilgiye ihtiyaçları olduklarını ifade etmişlerdir (14). Newcomb ve arkadaşları postpartum dönemindeki annelerin (n=548) bebeklerine yapılan tarama testleri hakkındaki bilgilerinin araştırmışlar ve annelerin büyük bir kısmının hastaneye yatmadan önce bu testler hakkında bilgilerinin olmadıklarını (%73), %59.1' inin ise tarama testleri içinde topuktan kan alma işleminin olduğunu bilmediklerini bulmuşlardır (15).

Sağlık çalışanlarının yenidoğan tarama testlerini önemsemelerine rağmen, aileyi bu konuda bilgilendirme bakımından yeterli ilgiyi göstermedikleri görülmüştür (16). Annelerin bebeklerine yapılacak girişimler hakkında bilgilendirilmeleri, anksiyete yaşamalarını önleyecektir. Yurt dışında aileleri bilgilendirme aşaması doğumdan önce başlamakta ve testler yapılmadan önce bilgilendirme tekrarlanmaktadır. Taburcu olduktan sonra ailenin test sonuçlarının takibini nasıl yapacakları ve anormal sonuçlarda neler yapacakları konusunu da içeren bilgilendirmeler yapılmaktadır (15,16). Ülkemizde ise anne adaylarının yada doğum sonu dönemde annelerin bebeklerine yapılacak olan tarama testleri hakkında standart bir bilgilendirme olmadığı görülmektedir. Işık (2010) gebelerin gebelik sürecinde tıbbi aydınlatma durumlarını incelediği çalışmada, sağlık profesyonellerinin, kendi işlerini aksamadan yürütmesine katkı sağlayacak bilgileri aktarma konusunda titiz davranmakta

olduğunu, sadece gebelerin bilgi birikimine katkı sağlayacak aktarımlar konusunda ise aynı titizliği göstermediklerini bulmuştur. Gebelik döneminde özellikle prenatal testler konusunda, uygulamanın zamanında yapılmasını sağlamaya yönelik bilgi aktarımı söz konusu olmakla birlikte, testin gerekçesi ve sonuçları hakkında aynı ölçüde bilgilendirme yapılmadığını görmüştür (17).

Yapılan çalışmalarda annelerin tarama testleri konusunda bilgileri arttıkça anksiyetelerinin azaldığı görülmüştür (3,9). Ebeveynlerin kaygı düzeylerini azaltmaya yönelik çalışmalarda, genelde sözlü olarak tıbbi bilgilendirme teknikleri kullanıldığı, fakat yazılı materyal ile doğum öncesinde bilgilendirme yapılmasının daha etkili olduğu saptanmıştır. (7,10,11,12). DeLuca ve ark. bilgi sahibi olan ailelerin tanıyı öğrendiklerinde daha az anksiyete yaşadıklarını ve uyumu kolaylaştırdığını göstermişlerdir (13). Newcomb ve arkadaşları, postpartum döneminde annelerin hastanedeki sağlık ekibi içinde en çok hemşirelerde tarama testleri hakkında bilgi edindikleri görülmüştür (15).

Araştırmamızda annelerin sosyodemografik özelliklerinin de bu işlem hakkında bilgi sahibi olma durumlarını etkilemediği görülmüştür (Tablo 3,  $p>0,05$ ). Annelerin yaş gruplarına bakıldığında 19- 25 yaş aralığındaki annelerin % 49,2'sinin bu işlemin ne için yapıldığını bilmediği görülmüş olup bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Suriadi ve ark (2004) 35 yaş üstü annelerin bilgilerinin diğer yaş grubundaki annelere göre daha fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ )(2). İlkokul mezunu olan annelerin % 39,2'sinin de bebeklerinden topuk kanı alma işlemi hakkında bilgisi olmadığı bulunmuştur. Annelerin eğitim seviyeleri ile bebeklerinden topuk kanının neden alındığını bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırmalarda yüksek eğitim seviyesine sahip olan ve evde İngilizce konuşan ebeveynlerin, yenidoğana kan testlerinin ne zaman yapılacağını, sonuçlarını nasıl öğreneceğini ve sonuçların nasıl yorumlanacağı hakkında bilgilerinin daha fazla olduğu görülmüştür (3,4,9). Annelerin yaşadıkları yer ve aile yapısı durumları ile topuk kanını alma nedenini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Annenin ailesinde kalıtsal hastalık olma durumu ve gebelikte sigara içme durumu ile topuk kanı alma işlemi hakkında bilgi sahibi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Suriadi ve arkadaşları, aile öyküsünde genetik hastalığı olan (Down sendromu v.s.) annelerin bilgilerinin diğer annelere göre daha fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamışlardır ( $p<0,05$ )(2). Dik ve arkadaşlarının

yaptığı çalışmada doğum yapan annelerin bebek bakımı, beslenmesi ve hijyen konusunda bilgileri araştırılmış, annenin yaşı, çocuk sayısı ve çalışma durumunun bu konulardaki bilgi düzeylerini etkilemediği fakat annenin eğitim düzeyi arttıkça alınan puanların da arttığı görülmüştür (18).

Çalışmada annelerin bebeklerine yapılan bu önemli tarama testi konusunda bilgilerinin oldukça yetersiz olduğu görülmüştür. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, sağlık personeli tarafından anne adaylarına yönelik, gebelik döneminde ve yenidoğana taburcu olmadan uygulanan girişimler ve tarama testleri hakkında eğitimler planlanmalı ve uygulanmalıdır.

### **KAYNAKLAR**

1-Talyalçın T. Yenidoğanlarda Biyokimyasal Tarama Testleri. Türk Biyokimya Dergisi 2002;27(2):69- 78.

2-Suriadi C, Jovanovska M, Quinlivan JA. Factors Affecting Mothers' Knowledge of Genetic Screening. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics Gynaecology 2004;44:30–34.

3- Kemper AR, Fant KE, Clark SJ. Informing Parents About Newborn Screening. Public Health Nursing. 2005; 22:332–338.

4-Tluczek A, Orland KM, Nick SW, Brown RL. Newborn Screening: An Appeal for Improved Parent Education. Journal of Perinatal Neonatal Nursing 2009;23:326–334.

5- Beydağ KD. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(6): 479-484.

6- Kaya F, Serin Ö. Doğum Öncesi Bakımların Niteliği. Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society, 2008; 5 (1): 28- 35.

7- Gürel SA, Gürel H, Balcan E. Doğum Öncesi Bakım Esnasında Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Bilgi Edinme Durumu. Perinatoloji Dergisi. 2006; 14 (2).

8- Little CM, Lewis JA. Newborn Screening. Newborn & Infant Nursing Reviews. 2008; 8(1).3-9.

9- Davis TC, Humiston SG, Arnold CL, Bocchini JA, Bass PF, Kennen EM, Bocchini A, Kyler P, Lloyd-Puryear M. Recommendations for Effective Newborn Screening Communication: Results of Focus Groups with Parents, Providers, and Experts. Pediatrics.2006;10:326-340.

10-Faulkner LA, Feuchbaum LB, Graham S, Bolstad JP, Cunningham GC. The Newborn Screening Educational Gap: What Prenatal Care Providers do Compared With What is Expected. *American Journal Obstet Gynecology*. 2006; 194:131-137.

11- Fant KE, Clark SJ, Kemper AR. Completeness and Complexity of Information Available to Parents from Newborn Screening Programs. *Pediatrics* 2005; 115, 5: 1268-1272.

12-Clayton WE. Talking with Parents Before Newborn Screening. *The Journal of Pediatrics*. 2005;147(3):26-29.

13-DeLuca JM, Kearney MH, Norton SA, Arnold GL. Parents' Experiences of Expanded Newborn Screening Evaluations. *Pediatrics* 2011;128:53-61.

14- Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z, Seviğ Ü. Postpartum Dönemde Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2005;14: 54-58.

15 Newcomb P, True B, Walsh J, Dyson M, Lockwood S, Douglas B. Maternal Attitudes and Knowledge About Newborn. *Maternal Clinical Nursing*. 2013. 38(5):289-294.

16- Ellen A, Lipstein EA, Nabi E, Perrin JM, Luff D, Browning MF, Kuhlthau KA. Parents' Decision-Making in Newborn Screening: Opinions, Choices, and Information Needs. *Pediatrics*. 2010;126:696–704.

17- Işık MT. Doktora Tezi; “Gebelik Sürecinde Tıbbi Aydınlatma” Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı. Tez Yöneticisi; Prof. Dr. İlhan Tuncer. Adana-2010

18- Dik K, Koyuncuoğlu E, Çelik T, Korkmaz A. Annelerin Bebek Bakımı ve Beslenmesi İle İlgili Bilgi Düzeyleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2012; 55: 77-81.



## SINIF ÖĞRETMENLİĞİ BÖLÜMÜNDE ÖĞRENİM GÖREN ÖĞRENCİLERİN MADDE KULLANIM DURUMLARINA GÖRE BENLİK SAYGISININ İNCELENMESİ

Seher ZENGİN<sup>1</sup>, Birsen ALTAY<sup>2</sup>

### ÖZET

Bu çalışma, Sınıf öğretmenliği bölümünde öğrenim gören öğrencilerin benlik saygısı ve madde kullanma alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Tanımlayıcı özellikte olan bu araştırma, 01.10.2010 – 01.11.2010 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Sınıf Öğretmenliği programı birinci öğretimde okuyan toplam 320 öğrenci ile yapılmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu ve Stanley Coopersmith tarafından 1986 'da geliştirilen Benlik Saygısı Ölçeğinin kısa formu ile toplanmıştır. Veriler SPSS 15.00 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik hesaplama, aritmetik ortalama, Tek Yönlü Varyans Analizi, ki-kare testi, t testi, Korelasyon testi, Mann Withney U testi ve Kruskal Wallis Varyans analiz testi kullanılmıştır.

Öğrencilerin %14,4'ünün sigara, %8,1'inin alkol ve %0,9'unun diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullandığı saptanmıştır. Kız öğrencilerin Benlik Saygısı Ölçeği puan ortalamasının (70,7±12,7) erkek öğrencilerin Benlik Saygısı Ölçeği puan ortalamasından (65,9±14,0) yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,01). Herhangi bir madde kullanmayan öğrencilerin Benlik Saygısı Ölçeği puan ortalaması madde kullanan öğrencilerden, sigara kullanmayan öğrencilerin Benlik Saygısı Ölçeği puan ortalamasının(69,8±12,6) sigara kullanan öğrencilerin puan ortalamasından(63,4±16,0) yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Bu sonuçlar doğrultusunda, madde kullanma riski olan benlik saygısı düşük öğrencilerin, benlik saygılarını arttırabilecekleri çeşitli kulüp ve derneklere katılımları desteklenmelidir. Öğrencilere benlik saygısı ve madde bağımlılığına yönelik eğitimler düzenlenebilir.

**Anahtar kelimeler:** Madde kullanımı, Benlik kavramı, Üniversite, Öğrenci

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Ordu Üniversitesi İkizce Meslek Yüksek Okulu  
<sup>2</sup> Yrd. Doç. Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu  
**İletişim/Corresponding Autor: SEHER ZENGİN**  
**Tel:** 0 (452)76 2859 **e-posta:** seherzengin60@hotmail.com

**Geliş Tarihi / Received:** 23.12.2013  
**Kabul tarihi/ Accepted:** 03.06.2014

## STUDENTS STUDYING IN THE DEPARTMENT OF TEACHER SELF-ESTEEM EXAMINATION ACCORDING TO THEIR SUBSTANCE USE

### ABSTRACT

This study is put in to determine the relationship between self-respect and substance using of students in Department of class teacher. The identifier research was studied with total 320 students in between 01.10.2010 – 11.01.2010 faculty of education from Ondokuz Mayıs University. The data collected with survey form by researchers and self-respect scale developed by Stanley Coopersmith in 1986. The data were valuated using SPSS 15.00 package program. In valuating process of data, percentage calculation, mean calculation, ANOVA, chi-square test, t test, correlate test, Mann Withney U test and Kruskal Wallis

It was fixed that %14.4 of students use smoking, %8.1 uses alcohol and %0.9 uses other addictive substances. Girl students self-respect scale points average ( $70.7 \pm 12.7$ ) is higher than male students Self-esteem Scale points average ( $65.9 \pm 14.0$ ) ( $p < 0.01$ ). It was fixed that self-respect scale article of students who use any substance is high than those who uses ( $69.9 \pm 12.6$ ) and self-rspect scale article of students who smoke ( $63.4 \pm 16.0$ ) is hiher than those smoke ( $p < 0,05$ ).

According to these results, the students who has risk of the substance using should suppot to join verious clubs and associotions which can improve their self-respect. Training about substance addiction can be arrange for students.

**Key words:** Substance Abuse; Self Concept; University; Student

## GİRİŞ

Madde bağımlılığı özellikle gençleri tehdit eden toplumsal bir olgudur. Gelişmiş toplumların sosyal ve kültürel olarak her geçen gün çürümesine neden olan bu olgu ülkemizde de artık ciddi bir sorun haline gelmiştir. Toplumun temel taşıyıcısı olan gençliğin bu sorun ile baş başa bırakılması toplumun geleceğini tehdit eden en temel sorunlardan birisidir. Kullanılan maddeler arasında sigara ve alkol ilk sıralarda yer almaktadır. Diğer maddelerin kullanımı da önemli ölçüde artmıştır.(1)

Avrupa Tütün Kontrolü Raporu 2007'ye göre, 15 yaşındaki gençlerin haftalık sigara içme oranı erkeklerde %24, kızlarda %23,5'tir. Pek çok batı Avrupa ülkesinde 15 yaş kızlar arasındaki sigara içme oranı 15 yaş erkeklerin arasında olduğundan daha yüksek bulunmuştur.(2) Japonya'da hemşirelik öğrencileri arasında yapılan çalışmada sigara içme sıklığı %23,5 olduğu bulunmuştur.(3)

The United Nations Population Fund (UNFPA)'nın Desteği ile Türkiye Bilimler Akademisinin “ Ergen ve Ruhsal Sorunları: Durum Saptama Çalışması” sonuçlarına göre, araştırmaya katılan ergenlerin sigara kullanım oranı %17,2, alkol kullanım oranı %17,3 ve diğer maddeleri kullanım oranları %0,7 olarak belirlenmiştir.(4)

Türkiye'de üniversite öğrencileri arasında yapılan araştırmalarda sigara kullanım oranının %14-%61,5 arasında, alkol kullanım oranının %15-%70,8 arasında değiştiği bulunmuştur.(5,6,7,8,9,10,11,12)

Hatay ilinde 23 lisede 1629 öğrenciyle yapılan bir çalışmada da hayat boyu sigara deneme %38,8, hayat boyu alkol kullanma %30,5, uhu, tiner, bali gibi uçucu bir madde koklama %7,1, hayat boyu esrar %1,1 ve hap, eroin, kokain gibi uyuşturucu veya uyarıcı bir madde kullanımı %0,8 olarak bulunmuştur.(13)

Benlik saygısı, kişinin kendisini değerli hissetmesi, beğenilmeye ve sevilmeye değerli bulmasıdır. Kendisini olduğu gibi, gördüğü gibi kabullenmeyi, özüne güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh halidir.(14) Olumsuz benlik saygısı geliştirmiş çocuklar kendilerini yetersiz ve değersiz görmekte, çevreden çabuk etkilenmekte, inanç ve tutumlarını kolaylıkla değiştirebilmekte, günlük yaşamda karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmada güçlük çekmekte ve duygularını kontrol etmekte zorlanmaktadır.(15)

Ülke dışında yapılan sigara ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada özellikle benlik saygısının azalması ile kızların sigara kullanması arasında ilişki olduğu bulunmuştur.(16) Başka bir araştırmada da sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı,

okuldan kaçma, cinsel aktivite, eroin kullanımı ve depresyon gibi riskli davranışların düşük benlik saygısının göstergelerinden olduğu belirlenmiştir.(17)

Türkiye’de üniversite ve lise öğrencilerinin benlik saygılarıyla ilgili farklı örneklemeler üzerinde yapılan araştırmalarda ise benlik saygısı düzeylerinin yüksek olduğu ve benlik saygısının cinsiyet, anne-babanın eğitimi, mesleği, tutumu, ailedeki çocuk sayısı gibi etkenlerden etkilendiği bulunmuştur.(18,19,20,21,22,23,24)

Sağlıkla ilgili olumlu davranışların kazandırılması için okul ortamı çok uygundur. Çocukların bir arada bulunmaları ve sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışları daha çok burada kazanmaları bu dönemin önemini daha da artırmaktadır. Kötü beslenme, alkol, uyuşturucu kullanma gibi tehlikeli alışkanlıklar da çoğunlukla okul döneminde başlamaktadır.(25) Okul öncesi dönemde anne-babalar, okul döneminde de öğretmenler en çok model alınan kişilerdir. Bu nedenle öğretmenler hem sınıfta hem de sınıf dışında düşünce ve davranışlarıyla öğrencilere örnek olmalıdır.(26) Öğretmenlerin öğrenciler ile uzun süre bir arada olmalarından dolayı okul sağlığı ve sağlık eğitimi programlarının yürütülmesinde danışmanlık, eğitim ve gözlem gibi önemli rolleri bulunmaktadır. Yeterli sağlık bilgisiyle donanmış olan öğretmenin, hemşire ve hekime katkısı oldukça yüksek olabilir.(25,27) Günümüzde madde kullanımının ilköğretim çağındaki çocukların yaş seviyesine kadar indiği düşünüldüğünde; geleceğin öğretmenlerinin madde kullanma durumları ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin bilinmesi gerekmektedir. Bu nedenle bu araştırmaya gereksinim duyulmuştur.

## **MATERYAL ve METOT**

Bu araştırma 01.10.2010-01.11.2010 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi İlköğretim Bölümü Sınıf Öğretmenliği programında öğrenim gören öğrencilerde yapılmıştır. Tanımlayıcı nitelikte olan araştırmanın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi İlköğretim Bölümü Sınıf Öğretmenliği programında I.Öğretim’de okuyan toplam 335 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada evrenin tamamının alınması hedeflenmiş, 15 öğrencinin veri toplama formunun eksik olması nedeniyle araştırma 320 öğrenci ile tamamlanmıştır (evrenin %95,5’i). Tanımlayıcı form araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri, sigara-alkol ve uyuşturucu madde kullanım durumlarını içeren toplam 31 sorudan oluşan tanımlayıcı form Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Anket formunun anlaşılabilirliğini belirlemek için araştırma bölgesi dışındaki

başka bölümde okuyan 10 öğrenciye ön uygulama yapılmıştır. Uygulama sonrasında gerek görülen değişiklikler yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir. Araştırmada öğrencilerin benlik saygısı puanını saptamada Stanley Coopersmith tarafından geliştirilen, Coopersmith Benlik Saygısı Envanterinin 10-15 dakikada yanıtlanabilen kısa formu kullanılmıştır. Kısa formu Turan ve Tufan tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Tufan tarafından ölçeğin alfa tutarlılık katsayısı 0,62 olarak bulunmuştur. Bu ölçek “benim gibi” ya da “benim gibi değil” biçiminde işaretlenebilen 25 maddeden oluşmaktadır. Alınan puanlar 0 ile 100 arasında değişmektedir. Ölçekte benlik saygısı düzeyinin düşük veya yüksekliğini gösteren kesin bir sınır yoktur. Bundan dolayı benlik saygısının ortalamadan düşük ve yüksek olmasına göre değerlendirme yapılır. Alınan puanın ortalamanın altında olması benlik saygısının düşüklüğüne, ortalamanın üzerinde olması benlik saygısının yüksekliğine işaret eder.(28)

Öğrencilere tanımlayıcı form ve benlik saygısı ölçeği formları verilmiş, öğrencilerin kendileri tarafından bu formlar sınıf ortamında doldurulmuştur. Ek bir öneride bulunulmamıştır. Formların doldurulma süresi yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmüştür. Araştırma Helsinki Deklerasyonu 2008 prensiplerine uygun olarak yapılmıştır. Ayrıca araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edenlere araştırmanın amaçları açıklanmış ve araştırma kapsamına alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi, SPSS 15.00 paket programı kullanılarak, yüzdeler hesaplama, aritmetik ortalama, Tek Yönlü Varyans Analizi, ki-kare testi, t testi, Korelasyon testi, Mann Withney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi testi kullanılmıştır. Anlamlı çıkan sonuçlarda anlamlılığını hangi grupların ortaya çıkardığının tespiti için Tukey HSD ve Bonferroni Mann-Withney U istatistiksel analizleri yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin alfa tutarlılık kat sayısı 0,63 olarak bulunmuştur.

## **BULGULAR**

Araştırmaya katılan öğrencinin yaş ortalaması ( $20,0 \pm 1,4$ ) yıl olup, %63,4’ü kadın, %36,6’sı erkektir. Öğrencilerin %41,3’ünün en uzun süre ilçede yaşadıkları %32,8’inin 2, %24,7’sinin 1 kardeşe sahip olduğu, %63,8’inin okulunda orta derecede başarılı, %27,5’unun başarılı olduğu öğrenciler tarafından ifade edilmiştir. Öğrencilerin %94,7’sinin anne ve babasının yaşadığı, %57,4’ünün anne ve babasının arasındaki iletişimin uyumlu olduğu, %94’ünün annesinin çalışmadığı, %70,5’inin annesinin ilköğretim eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin babalarının %69,6’sının bir işte çalıştığı, %50,3’ünün

ilköğretim eğitim düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin annelerinin %41,5'inin aşırı koruyucu, %27,2'sinin demokrat; babaların %71,7'sinin katı kontrollü, %70,4'ünün ihmalkâr olduğu, %61,5'inin anne ve babanın her ikisinin de çocuk yetiştirme bakımından demokratik olduğu öğrenciler tarafından ifade edilmiştir.

Öğrencilerin %14,4'ünün sigara kullandığı, sigaraya başlama yaş ortalamasının ise  $16,84 \pm 2,03$  olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %45,7'sinin sosyal çevre ve arkadaş grubu, %21,7'sinin keyif ve zevk nedeniyle sigaraya başladıkları belirlenmiştir. Sigara kullanan öğrencilerin %93,5'inin yakın çevresinde sigara kullananların olduğu, yakın çevrede sigara kullananların %65,0'inin aile bireyleri ve arkadaşları olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %8,1'i (n=26) alkol kullandığını ifade ederken %91,9'u (n=294) kullanmadığını belirtmiştir. Öğrencilerin alkole başlama yaş ortalaması  $17,34 \pm 2,03$  tür. Öğrencilerin %46,2'sinin keyif ve zevk, %34,6'sının sosyal çevre ve arkadaş grubu nedeniyle alkole başladıkları belirlenmiştir. Alkol kullanan öğrencilerin %84,6'sının yakın çevresinde alkol kullananların olduğu, yakın çevrede alkol kullananların %49,9'unun aile bireyleri ve arkadaşları olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %0,9'u (n=3) bağımlılık yapan madde kullandığını ifade ederken, %99,1'i (n=317) kullanmadığını belirtmiştir. Öğrencilerin %66,7'sinin bağımlılık yapan maddeyi 10 kez ve üzerinde kullandıkları bulunmuştur. Öğrencilerin %66,7'sinin keyif ve zevk, %33,3'ünün stres ve sıkıntı nedeniyle bağımlılık yapan maddeye başladıkları, %50,0'sinin arkadaşlarından, %50,0'sinin akrabalarından etkilendiği saptanmıştır.

Çalışma grubundaki yaş ortalaması ( $20,4 \pm 1,3$ ) olan öğrencilerin madde kullandığı, bulunmuştur. Yaşlar arasında madde kullanım durum farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu, erkek öğrencilerin kız öğrencilerden daha fazla madde kullandığı, madde kullanım durumu ile sınıflar arasında ilişki olduğu, az kardeşe sahip olan öğrencilerin daha fazla madde kullandığı saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Okulda başarısız olduğunu bildiren öğrencilerin %57,1'inin (n=4) madde kullandığı, başarı durumu ile madde kullanımı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0,01$ ) (Tablo 1)

Öğrencilerin tamamının işaretledikleri benlik saygısı ölçeği alt ve üst değerleri 12-92'dir. Benlik saygısı ölçeği puan ortalaması ise ( $68,9 \pm 13,4$ ) (yüksek) bulunmuştur (Tablo 2).

**Tablo 1:** Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri İle Madde Kullanım Durumları Arasındaki İlişki(n=320)

Özellikler	Madde Kullanımı				Toplam	Test İstatistiği	P
	Kullanan		Kullanmayan				
	Sayı	%	Sayı	%			
<b>Yaş</b>							
Ortalama ± SD	20,4 ± 1,3		19,9 ± 1,4			t = 2,562	<b>0,011</b>
<b>Cinsiyet</b>						X <sup>2</sup> =49,6 df=1	<b>0,001</b>
Kadın	12	5,9	191	94,1	203		
Erkek	43	36,8	74	63,2	117		
<b>Sınıf</b>						X <sup>2</sup> =8,4 df=3	<b>0,039</b>
1	10	10,0	90	90,0	100		
2	14	17,3	67	82,7	81		
3	20	26,7	55	73,3	75		
4	11	17,2	53	82,8	64		
<b>En uzun yaşanılan yer</b>						X <sup>2</sup> =2,7 df=2	0,265
İl	22	18,0	100	82,0	122		
İlçe	26	19,7	106	80,3	132		
Köy	7	10,6	59	89,4	66		
<b>Kardeş sayısı</b>						X <sup>2</sup> =9,8 df=4	<b>0,044</b>
Yok	1	16,7	5	83,3	6		
1	22	27,8	57	72,2	79		
2	17	16,2	88	83,8	105		
3	9	13,8	56	86,2	65		
4 ve daha fazla	6	9,2	59	90,8	65		
<b>Öğrencilerin okuldaki başarı durumları ile ilgili görüşleri</b>						X <sup>2</sup> =13,8 df=3	<b>0,003</b>
Başarılıyım	10	11,4	78	88,6	88		
Orta derecede başarılıyım	34	16,7	170	83,3	204		
Başarısızım	4	57,1	3	42,9	7		
Bilmiyorum	7	33,3	14	66,7	21		

Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri ile benlik saygısı arasındaki farka bakıldığında, kız öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalaması ( $70,7 \pm 12,7$ ), erkek öğrencilerin puan ortalamasından ( $65,9 \pm 14,0$ ) yüksek bulunmuş olup, iki cinsiyet arasındaki benlik saygısı ölçeği puan ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,01$ ). Öğrencilerin okudukları sınıfın benlik saygılarını etkilediği, dördüncü sınıfta okuyan

öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalamalarının, diğer sınıflarda okuyan öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Öğrencilerin okul başarı durumlarının benlik saygılarını etkilediği, okulda başarılı olduğunu bildiren öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalamalarının, diğer öğrencilere göre daha yüksek olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,01$ )(Tablo 2)

**Tablo 2:** Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişki(n=320)

ÖZELLİKLER	n	BenlikSaygısı Ortalama $\pm$ SD	İstatistik	P
<b>Yaş</b>		20,0 $\pm$ 1,4	r=0,007	0,907
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	203	70,7 $\pm$ 12,7	U=9656,0	<b>0,005</b>
Erkek	117	65,9 $\pm$ 14,0		
<b>Sınıf</b>				
1	100	70,7 $\pm$ 14,7	F=4,111	<b>0,007</b>
2	81	66,0 $\pm$ 12,6		
3	75	66,6 $\pm$ 13,2		
4	64	72,4 $\pm$ 11,1		
<b>En uzun yaşanılan yer</b>				
Köy	66	67,0 $\pm$ 12,5	KW=2,659	0,265
İlçe	132	69,4 $\pm$ 12,8		
İl	122	69,4 $\pm$ 14,4		
<b>Kardeş sayısı</b>				
Yok	6	65,3 $\pm$ 10,3	KW=5,758	0,218
1	79	70,2 $\pm$ 13,1		
2	105	70,4 $\pm$ 12,5		
3	65	68,4 $\pm$ 14,1		
4 ve daha fazla	65	65,8 $\pm$ 14,2		
<b>Öğrencilerin okuldaki başarı durumları ile ilgili görüşleri</b>				
Başarılıyım	88	72,2 $\pm$ 12,2	KW=13,128	<b>0,004</b>
Orta derecede başarılıyım	204	68,4 $\pm$ 13,2		
Başarısızım	7	56,6 $\pm$ 17,2		
Bilmiyorum	21	57,7 $\pm$ 14,7		



Herhangi bir maddeyi kullanmayan öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalamasının ( $69,9 \pm 12,7$ ), kullanan öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalamasından ( $64,1 \pm 15,3$ ), sigara kullanmayan öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalamasının ( $69,8 \pm 12,79$ ), sigara kullanan öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalamasından ( $63,4 \pm 16,0$ ) yüksek olduğu ve bunun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Öğrencilerin alkol veya bağımlılık yapan madde kullanıyor olmaları ile benlik saygısı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 3)

**Tablo 3.** Öğrencilerin Madde Kullanım Durumları İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişki(n=320)

	n	Benlik Saygısı X ± SD	İstatistik	P
<b>Madde kullanım durumu</b>				
Kullanan	55	64,1 ± 15,3	U= 5689,5	<b>0,010</b>
Kullanmayan	265	69,9 ± 12,7		
<b>Sigara kullanım durumu</b>				
Kullanan	46	63,4 ± 16,0	U= 4809,0	<b>0,010</b>
Kullanmayan	274	69,8 ± 12,7		
<b>Alkol kullanım durumu</b>				
Kullanan	26	67,2 ± 11,7	U= 3370,5	0,315
Kullanmayan	294	69,1 ± 13,5		
<b>Bağımlılık yapan madde kullanım durumu</b>				
Kullanan	3	57,3 ± 9,2	U= 206,5	0,090
Kullanmayan	317	69,0 ± 13,4		

Öğrencilerin anne ve babalarının birbiriyle ilişkisinin öğrencilerin benlik saygısını etkilediği, anne ve baba ilişkisi uyumlu olan öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalamalarının ( $71,0 \pm 12,4$ ), diğer öğrencilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,01$ ). Anne ve babası her ikisi de demokratik olan öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalaması ( $72,4 \pm 11,6$ ) olarak saptanmış olup, anne ve babası demokratik olan öğrencilerin benlik saygılarının diğer öğrencilere göre yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,01$ ). Babası aşırı koruyucu olan öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalaması ( $70,5 \pm 14,5$ ) olarak

saptanmış olup, babası aşırı koruyucu olan öğrencilerin benlik saygılarının babası aşırı koruyucu olmayan öğrencilere göre yüksek olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir( $p<0,05$ ).

## TARTIŞMA

Bu çalışmanın bulgularına göre; öğrencilerin %14,4'ünün ( $n=46$ ) sigara, %8,1'inin ( $n=26$ ) alkol, %0,9'unun ( $n=3$ ) ise diğer bağımlılık yapıcı madde kullandığı saptanmıştır. Ülkemizde öğrenciler arasında yapılan değişik çalışmalarda sigara kullanım sıklığı %14 ile %61,5 arasında, alkol kullanım sıklığının %15,0 ile %70,8 arasında, bağımlılık yapıcı madde kullanım sıklığının %0,7 ile %2,9 arasında olduğu saptanmıştır.(4,5,6,7,8,9,10,11,12,13) Bulunan sonuçların düşük olması, ülkemizde sigara karşıtı kampanyaların son zamanlarda etkinliğinin artması ve sigaraya karşı toplumun bilinçlenmesinden kaynaklanmış olabilir.

Erkek öğrencilerin (%36,8), kızlardan (%5,9) fazla madde kullandığı bulunmuştur. Bu sonuçta, erkeklerin sosyal hayatta kendini kanıtlama çabaları, toplumda sigara içmenin erkekliğin bir göstergesi olarak algılanmasının etkisi olabileceği gibi, üniversitede arkadaş grubunun daha geniş olması ve özentinin sigara içmede etkili olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmada olduğu gibi değişik çalışmalar da da, madde kullanımının erkeklerde kızlara göre daha yaygın olduğu bulunmuştur.(8,9,11,12)

Öğrencilerin yaşlarına göre madde kullanımının ileri yaşlarda daha fazla olduğu bulunmuş ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır( $p<0,05$ ). Bu sonuçlar beklenen sonuçlardır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte yaşanan sıkıntıların, sorunların artması ve olumsuz sosyal etkileşimlerin sonucunda gençlerin madde kullanmaya başlamış olabileceği söylenebilir.

Öğrencilerin sınıfları ile madde kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir( $p<0,05$ ). Eğitimlerinin birinci yılında olan öğrenci grubu ile diğer sınıflardaki öğrenci grubu karşılaştırıldığında madde kullanımında önemli bir artışın olması, yaşın artması, sosyal çevredeki değişim ve arkadaş etkisiyle açıklanabilir. Bu beklenen bir sonuçtur. Konuyla ilgili yapılan araştırmalarda da ileri sınıflarda okuyan öğrencilerde madde kullanım oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır.(3,9,10,11)

Öğrencilerin kardeş sayılarına göre madde kullanımı 4 ve daha fazla kardeşi olanlarda (%9,2) düşük, 1 kardeşi olanlarda (%27,8) yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni, tek kardeşe sahip olan çocukların herhangi bir konuda paylaşımında bulunabilecek yakın birisini bulamamalarından dolayı madde kullanımına eğilimlerinin artmış olabileceğiyle açıklanabilir.

Öğrencilerin okul başarı durumları ile madde kullanımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir( $p<0,05$ ). Bu farklılığın yapılan ikili karşılaştırmalarda okul başarısını bilmeyen ve okulda başarısız olan öğrencilerin çok madde kullanmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Okulda başarısız olan öğrencilerin bu durumla yeterli şekilde baş edemeyip, etkili savunma mekanizması geliştirememesinden dolayı madde kullanımına yönelebildiği söylenebilir.

Kızlarda benlik saygısı ölçeği puan ortalaması erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç cinsiyete göre verilen rollerin ve bu rollere ilişkin beklentilerin farklı olduğu kültürümüzde, kızların üniversite eğitiminde yer almaya başlaması ve iş hayatının birçok alanına girmesinin, cinsiyete bağlı rollerdeki kutuplaşmayı azalttığı ve benlik saygılarını yükselttiği düşünülebilir. Bu çalışmaya benzer olarak, Selçuk Üniversitesinin uygulamalı branşta iki, sosyal branşta iki fakültesinin birinci sınıf öğrencileri ile yapılan çalışmada benlik saygısının kızlarda erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.(23) Bu çalışmanın aksine, yapılmış değişik çalışmalarda benlik saygısı ile cinsiyetler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.(18,20) Bu çalışmada farklı sonuç çıkmasının nedeni, kız öğrencilerin ergenliğe erkeklerden daha önce girmesi ve benlik saygılarının daha erken oluşmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Dördüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalamalarının, diğer sınıflarda öğrenim gören öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Bu farklılığın sınıf ilerledikçe benlik saygısının artmasından, üniversite eğitimini sürdürürken yaşanan deneyim ve bilgi artışının olumlu etkisinden kaynaklandığı düşünülebilir. Bu araştırma sonuçları ile benzer olarak Gaziantep Üniversitesi sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencilerinde yapılan çalışmalarda öğrencilerin benlik saygısı ile sınıfları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.(22) Bu araştırmanın aksine çeşitli üniversitelerde yapılmış olan çalışmalarda öğrencilerin sınıfları ile benlik saygısı arasında farklılık bulunmamıştır.(18,19) Bu farklılıkların araştırmaların farklı bölgelerde ve üniversitelerin farklı bölümlerinde yapılmasından veya öğretim elamanı yaklaşımlarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Okulunda başarılı olan öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalaması, başarı durumunu bilmeyenlere göre yüksek bulunmuştur( $p<0,05$ ). Farklı üniversitelerde yapılmış olan iki araştırmada akademik yönden kendilerini başarılı olarak algılayan öğrencilerin benlik saygısının daha yüksek olduğu bulunmuştur.(21) Bu sonuçlar çalışma sonuçlarıyla benzerdir. Okul başarısının benlik saygısının yükselmesinde ya da yüksek benlik saygısının okuldaki başarının artmasında etkili olduğu düşünülebilir.

Anne ve baba ilişkisi uyumlu olan öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalamasının, anne ve babası ayrı yaşayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır( $p<0,01$ ). Uyuşturucu madde kullanımının aile üstüne etkisi konulu çalışmada çoğunlukla olumsuz duyguların ifade edildiği, sözel ödüllendirmenin eksik olduğu ailelerde yetişen çocukların, kendilerine daha az güvendikleri ve bu durumla bağlantılı olarak uyuşturucu madde kullanmaya başladıkları belirlenmiştir.(24) Bu araştırmanın sonucunu destekler niteliktedir. Anne ve babanın yalnızca çocuğa karşı davranışları değil birbirlerine karşı davranışları da çocuğun benlik saygısının gelişmesinde etkili olabileceğini düşündürebilir. Bu beklenen bir sonuçtur. Benlik saygısının oluşmasında aile birliğinin sürdürülmesi oldukça önemli ve etkilidir.

Demokratik anne-babaya ve aşırı koruyucu babaya sahip olan öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalaması, anne ve babası otoriter, etkili düzenli, katı kontrollü ve ihmalkâr olanlara göre yüksek bulunmuştur( $p<0,05$ ). Bu çalışmanın bulgularıyla benzer olarak, yapılmış farklı çalışmalarda demokratik ailelere sahip ergenlerde benlik saygısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.(18,20,21) Bu anlamlılık çocukların demokratik ve koruyucu ebeveynlere sahip olmasının özsaygılarını yükselttiği; sürekli azarlayan, hor davranan, kurallar koyan ebeveyne sahip olmasının ise özsaygılarını düşürdüğü ve bunun da davranış bozukluklarına neden olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Literatürde demokratik aile ortamlarının, çocuğa değer verilmesinin, önemsenmesinin, kabul ve onay görmesinin ve gereksinimlerine duyarlı olunmasının yüksek benlik saygısı geliştirmesine katkıda bulunduğu belirtilmektedir.(29)

Herhangi bir madde kullanmayan öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalamasının ( $69,90 \pm 12,72$ ), madde kullanan öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalamasından ( $64,14 \pm 15,29$ ) yüksek olduğu saptanmıştır( $p<0,05$ ). Bu sonuç, yüksek benlik saygısının kötü alışkanlıklara karşı koruyucu etkisinin olduğunu, düşük benlik saygısının ise madde kullanımı gibi riskli davranışlara meyil oluşturduğunu düşündürebilir.

Sigara kullanan öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalamasının ( $63,39 \pm 15,99$ ), sigara kullanmayan öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalamasından ( $69,84 \pm 12,66$ ) düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu farklılığın düşük özgüvene sahip olmanın madde kullanımına yatkınlığı artırması ve sigaranın en kolay temin edilen madde olması ve yaygın kullanılmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Bu çalışmaya benzer olarak, ülke dışında yapılmış ergen riskli davranışları ve din konulu çalışmada sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı, okuldan kaçma, cinsel aktivite, eroin kullanımı ve depresyon gibi riskli davranışların düşük benlik saygısının göstergelerinden olduğu belirtilmiştir.(17) Yapılan

başka bir çalışmada özellikle benlik saygısının azalması ile kızların sigara kullanması arasında ilişki olduğu bulunmuştur.(16) Çalışma sonuçlarını destekleyen literatür bilgilerine göre; Kendini değersiz hisseden ve kendine güvensiz ve zayıf kişiliği olan gençlerin madde kullanımlarının muhtemel olduğu, benlik saygısı ve özgüveni düşük gençlerin yeni ortamlara kolay uyum sağlayamadığı, çekingen, az konuşan, genelde yalnız kalmaktan hoşlanan, aşırı sessiz, hata yapmaktan korkan, çabuk hayal kırıklığı yaşayan, eleştiriye kapalı, kaygılı kişilik özellikleri gösterdiği bildirilmektedir.(30) Olumsuz ve düşük benlik algısı taşıyan bireyler kendilerini toplum dışı ve değersiz insanlar gibi görebilir ve ahlak dışı tutum ve tavırlar sergileyenlerle kendini özdeşleştirip, benzer ahlaki tutumlar içine girebilirler. Böylelikle bağımlılardan daha çok etkilenecek, olumsuz alışkanlıklar edinebilirler.

Alkol kullanan öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalamaları kullanmayanlara göre düşük bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bunun nedeni, alkol kullandığını belirtenlerin sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir. Bağımlılık yapan madde kullanan öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalamaları kullanmayanlara göre düşük bulunmuş; ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuç, bize bağımlılık yapan madde kullanımının yasal olmaması ve madde kullandığını belirten bireylerin sayısının azlığından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmüştür.

## SONUÇ

Sonuçlara göre, öğrencilerin benlik saygısının, madde kullanımlarını etkilediği; madde kullanan öğrencilerin benlik saygısının düşük olduğu saptanmıştır. İleri yaştaki öğrencilerin ve erkeklerin daha fazla madde kullandığı, üçüncü sınıflarda madde kullanımının fazla olduğu, okulunda başarısız olanların ve bir kardeşe sahip olanların daha fazla madde kullandığı bulunmuştur. Öğrencilerin benlik saygısı puan ortalamalarının yüksek olduğu, benlik saygısının, kızlarda erkeklerden daha yüksek olduğu; dördüncü sınıflarda ve okulunda başarılı olanlarda benlik saygısının yüksek olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin anne ve baba ilişkisi uyumlu olanların, anne ve babasının her ikisi de demokratik olanların ve aşırı koruyucu babası olanların, benlik saygısının yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda, benlik saygısı düşük, madde kullanma riski olan gençler belirlenerek, benlik saygılarını artıracabilecekleri, sosyal gereksinimlerini karşılayabilecekleri çeşitli kulüp ve derneklere katılımları desteklenmelidir. Öğrenci sağlığında ve okul sağlığı çalışmalarının kalitesinde önemli bir etkiye sahip öğretmen adayı gençlere madde bağımlılığına yönelik eğitimler düzenlenmelidir. Madde kullanan gençler belirlenip

birakmalarına yönelik olarak bu alanda çalışan sağlık personelleri tarafından mücadele programları düzenlenebilir. Benlik saygısı düştükçe madde kullanım oranı artış göstermektedir. Gençlerin benlik saygısının düşük ya da yüksek olmasında en önemli etken anne ve babanın rolüdür. Benlik saygısı yüksek gençler yetişebilmesi açısından ailelere benlik saygısı ve madde bağımlılığına yönelik eğitimler düzenlenebilir.

### **KAYNAKÇA**

1-Ergüder T. The WHO Framework Convention on Tobacco Control. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi. 1. Baskı, Sağlık Bakanlığı yayın no: 731, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008; 7

2-Bilir N(Editor). Avrupa Tütün Kontrolü Raporu(çeviri). WHO Regional Office for Europe,2007;28

3-Suzuki K, Ohida T, Yokoyama E, Kaneita Y, Takemura S. Smoking Among Japanese Nursing Students: Nationwide Survey. Journal Of Advanced Nursing, 2005; 49(3):268-275.

4- Çuhadaroğlu Çetin F, Canat S, Kılıç E, Şenol S, Rugancı N, Öncü B, Hoşgör Gündüz A, Işıklı S, Avcı A. Ergen ve Ruhsal Sorunları Durum Saptama Çalışması. 1. Baskı, Tubitak Matbaası, Ankara, 2004; 70-74.130-131

5-Akfert Kolay S, Çakıcı E, Çakıcı M. Üniversite Öğrencilerinde Sigara-Alkol Kullanımı ve Aile Sorunları İle İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2009; 10(1): 40-47.

6-Altay B, Çetin A. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı ve Sigara İçmeyi Etkileyen Faktörler. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi, 2007; 24(2): 52-61.

7-Orak S, Özen T, Orak ME. Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara, Alkol ve Sosyokültürel Özelliklerinin İncelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004; 11(3): 1-7.

8-Pekşen Y, Canbaz S, Sünter AT, Tunçel EK. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yaşar Doğu Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Bağımlılık Dergisi, 2005; 6(3): 111-116.

9-Pıçakçıfe M, Keskinoglu P, Bayar B, Bayar K. Muğla Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara İçicilik Sıklığı ve İçiciliği Arttıran Nedenler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6(4). 267-272.

10-Pirinççi E, Erdem R. Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Alkol Kullanma Alışkanlıkları. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi, 2004; 36(4): 71-76.

11-Talay F, Kurt B, Tuğ T. Eğitim Fakültesi Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinde Sigara İçme Alışkanlıkları ve İlişkili Faktörler. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 2008; 56(2): 171-178.

12-Tot Ş, Yazıcı K, Yazıcı EA, Erdem P, Bal N, Metin Ö. Çamdeviren H. Mersin Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Kullanım Yaygınlığı ve İlişkili Özellikler Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 3(4): 227-231.

13- İnandı T, Özer C, Akdemir A, Akoğlu S, Babayiğit C, Turhan E, Sangün Ö. Violence, Psychological Features and Substance Use İn High School Students İn Hatay: a Cross-Sectional Study. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2009;26(3):189-196.

14-Yörükoğlu A. Gençlik Çağı: Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunları. 11.Baskı, Özgür Yayınları: 49, İstanbul, 2000; 13-21. 101-109. 289-298.

15- Çetinkaya S, Arslan S, Nur N, Özdemir D, Demir ÖF, Sümer H. Sivas İl Merkezinde Sosyoekonomik Düzeyi Farklı Üç İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Benlik Saygısı Düzeyi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2006; 9: 116-122.

16-Abernathy TJ, Massad L, Romana - Dwyer L. The Relationship Between Smoking And Self Esteem. Adolescence, 1995; 30(120): 899-907.-122.

17-Sinha JW, Cnaan RA, Gelles RJ. Adolescent Risk Behaviors and Religion: Findings From a National Study. J Adolesc, 2007;30(2):231-49.

18- Baybek H, Yavuz S. Muğla Üniversitesi Öğrencilerinin Benlik Saygılarının İncelenmesi. Muğla Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2005; 14: 73-95.

19- Çam O, Khorshid L, Özsoy Altuğ S. Bir Hemşirelik Yüksekokulundaki Öğrencilerin Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2000;1:33-40.

20- Erbil N, Divan Z, Önder P. Ergenlerin Benlik Saygısına Ailelerinin Tutum ve Davranışlarının Etkisi. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 2006;3(10): 7-15.

21- Kahriman İ. Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Benlik Saygıları ve Atılganlık Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 9(1): 24-32.

22- Karadağ G, Güner İ, Çuhadar D, Uçan Ö. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Öğrencilerinin Benlik Saygıları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3(7): 29-42.

23- Özkan İ. Benlik Saygısını Etkileyen Etkenler. *Düşünen Adam*, 1994;7(3): 4-9.

24-Tamar D, Öğel K, Çakmak D. Uyuşturucu Madde Kullanımının Aile Üstüne Etkisi. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayın No:99,Bilim Serisi, Takav Matbaası, 1997; 77-78.

25- Erci B. Okul Sağlığı. Halk Sağlığı Hemşireliği. Fırat Matbaacılık, Ankara, 2009; 92-101.

26-Koç G. Sosyal Öğrenme Kuramı. Ulusoy A. (editor), *Gelişim ve Öğrenme*. Anı Yayıncılık, Ankara, 2003; 207-243.

27- Özcebe H, Ulukol B, Mollahaliloğlu S, Yardım N, Karaman F. Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 719, Ankara, 2008; 1-7.

28-Turan N. Tufan B. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri'nin (SEI) Geçerlik-Güvenirlilik Çalışması. 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongre Kitabı, İstanbul, 1987;816-818.

29- Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret, Ankara, 2004; 83-95

30- Çağlayan Ç. Ergenlikte 33 Sorun 33 Çözüm.1.Baskı, Mart Matbaacılık, İstanbul, 2008; 37-40. 101-104.



## VAJİNAL DOĞUM VE SEZARYEN DOĞUM YAPAN GEBELERİN DURUMLUK KAYGI DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI\*

Sevgül DÖNMEZ<sup>1</sup>, Özgür Ahmet YENİEL<sup>2</sup>

Oya KAVLAK<sup>3</sup>

### ÖZET

Doğum, fizyolojik bir olay olmakla beraber, doğurganlık dönemi kadınlar için psikolojik kaygılar açısından yüksek riskli bir dönemdir. Bu çalışma, vajinal ve sezaryen doğum yapan gebelerde antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeyinin karşılaştırılması amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır. Bu çalışma, Ege Üniversitesi Hastanesi Doğumhanesine Ocak-Mart 2012 tarihlerinde vajinal ya da sezaryen doğum yapan 200 kadın alınmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak sosyodemografik ve doğurganlık bilgileri içeren tanımlama formu ve Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde; yüzdelik, t testi, ki-kare ve korelasyon kullanılmıştır. Vajinal doğum yapan gebelerin %45'i 24-29 yaş aralığında olup sezaryen doğum yapan gebelerin %39'u 30-35 yaş aralığındadır. Ayrıca gebelerin %50'si vajinal doğum ve %50'si sezaryen doğum yapmıştır. Gebelerin doğum yöntemine göre durumluk kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; vajinal ve sezaryen doğum yapacak iki grupta da antepartum dönemde yüksek kaygı puan ortalaması belirlenirken (sırasıyla  $X=48.88\pm 11.61$ ,  $X=46.75\pm 12.32$ ), postpartum dönemde kaygı puan ortalamasının azaldığı saptanmıştır (sırasıyla  $X=29.20\pm 7.21$ ,  $X=30.38\pm 7.89$ ). Doğum yöntemi ile antepartum ve postpartum dönemdeki kaygı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Çalışmanın sonucunda, antepartum dönemde kaygının her iki grupta da postpartum dönemdeki kaygıdan daha yüksek olduğu ve vajinal doğum yapanlar ile sezaryen doğum yapanların kaygı düzeylerinin benzer olduğu saptanmıştır. Sağlık profesyonellerine antepartum takipler ve eylem süresince gebe kadınları doğuma hazırlama ve doğum kaygılarının azaltılmasında önemli görevler düşmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum Yöntemi, Antepartum Ve Postpartum Dönem, Durumluk Kaygı

\* 15-19 Mayıs 2013, 11. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi 5. Akdeniz Ülkeleri Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur (Kemer/ANTALYA).

<sup>1</sup>Araştırma Görevlisi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Abd.

<sup>2</sup>Yardımcı Doçent, Ege Üniversitesi Hastanesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Abd, İzmir.

<sup>3</sup>Doçent, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Abd.

**İletişim/Corresponding Author: Sevgül DÖNMEZ**  
**Tel:** 05066840270 **e-posta:** donmezsevgul@gmail.com

**Geliş Tarihi / Received:** 23.10.2013

**Kabul tarihi/ Accepted:** 01.07.2014

## COMPARISON OF THE STAIT ANXIETY LEVELS OF PREGNANTS WOMEN WHO HAVE VAGINAL OR CESAREAN DELIVERY

### ABSTRACT

The reproductive period have a high risk in terms of psychological concerns for women although delivery is a physiological event. This research is a descriptive which aimed to comparison of the stait anxiety levels of pregnants women who have vaginal or cesarean delivery. The research was performed with the 200 pregnant women who have vaginal or cesarean delivery in birth unit of the Ege University Hospital. In data collection, an identification form which includes sociodemographic and fertility the characteristic of the pregnants and Spielberger Stait Anxiety Inventory were used. Percentange number, t test, chi-square and correlation statistical methods were used for the analysis of data. Those the pregnant women's 45% have vaginal delivery (24-29 age range), 39% have cesarean delivery (30-35 age range). In addition, 50% of those pregnants have vaginal delivery and 50% of them have cesarean delivery. The stait anxiety average score according to method of delivery, in both group of the pregnants women found high anxiety average score in antepartum period ( $X=48.88\pm 11.61$ ,  $X=46.75\pm 12.32$ , respectively), but it were found decreased in postpartum period ( $X=29.20\pm 7.21$ ,  $X=30.38\pm 7.89$ , respectively). In this study, between the stait anxiety average score of the women in antepartum and postpartum period with method of delivery were not found any statistical significant relationship ( $p>0.05$ ). As a result of this study, have found that the stait anxiety average score before delivery was higher than postpartum and it was found similar between the pregnants women who had vaginal or cesarean delivery. Health professionals have an important role in reducing of anxiety related the delivery, the delivery preparation and antenatal follow-up of pregnant women.

**Key Words:** Method Of Delivery, Postpartum And Antepartum Period, Stait Anxiety.

## GİRİŞ

Kadın hayatında gebelik ve doğum insan neslinin sürmesi, aile bütünlüğünün oluşması ve toplum hayatı için çok önemli bir süreçtir. Bu dönemi, kadın yaşamında değişiklik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak görmek de mümkündür (1, 2, 3). Doğum da, fizyolojik bir olay olmakla beraber, kadınlar için psikolojik kaygılar açısından yüksek riskli bir kriz dönemi olarak görülmektedir (2).

Kadınların hormonal durumları ile ruhsal durumları arasındaki ilişkiyi inceleyen çoğu araştırmacı ve klinisyen, perinatal duygudurum değişikliklerinde, hem biyolojik hem de psikososyal risk faktörlerinin sorumlu olduğuyula ilgili görüş birliği içindedir (4, 5, 6, 7, 8). Literatürde, kadının kişisel deneyimleri, eğitim düzeyi, aile içi ilişkileri, kendisinin ve ailesinin gebeliğe karşı tutumları ve tecrübeleri, ailenin sosyoekonomik durumu, yaşanacak ağrı, doğum süresinin uzunluğu, obstetrik ve cerrahi riskler, doktora veya hastaneye ulaşamama, çocuk sayısı ve istenme durumu gebelik ve doğumda kadın için stres oluşturan risk faktörleri olarak belirtilmektedir (1, 9, 10, 11).

Bilindiği gibi, anksiyete gebeliğin üçüncü trimestrinde daha da fazla olmakta ve artmaktadır (10, 12). Anksiyete uterusu hormon seviyesinin artmasında ve sonuçta obstetrik komplikasyonların gelişmesinde etkisi olan bir durumdur (3). Yapılan kanıta dayalı çalışmalarda anksiyete ile obstetrik komplikasyonlar arasında direkt bir ilişki olmadığı ancak psiko-sosyal stres, doğum korkusu gibi spesifik anksiyete tiplerinin sezaryen doğum yada uzamış doğum ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (10, 13). Antenatal korkular doğum boyunca sıkıntı ve ağrıya, acil sezaryen ve postpartum dönemde de ağır duygulanım bozuklukları riskinde artışa neden olabilmektedir (2, 10, 13). Ayrıca kadının vücudunda meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler sadece anneyi değil, çevresindeki insanları, eşini, ailesini, arkadaşlarını da çeşitli şekillerde etkileyebilir (13).

Sağlık personeli, bakım sorumluluğu yanında, fiziksel ve psikolojik sorunları azaltmak için gebenin kendisini ve ailesini de dahil ederek emosyonel destek verdiğinde daha iyi bir gebelik ve doğum gerçekleşeceği düşünülmektedir (1).

Araştırma, vajinal ve sezaryen doğum yapan gebelerde antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeyinin karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## MATERYAL VE METOT

Vajinal ve sezaryen doğum yapan gebelerde antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeyinin karşılaştırılması amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi Hastanesi doğumhanesine doğum yapmak için gelen gebe kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme; Ocak-Mart 2012 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Hastanesi doğumhanesine doğum yapmak için gelen, gönüllü olan basit rastgele olasılıksız örneklem yöntemiyle seçilen 100 vajinal, 100 sezaryen doğum yapan toplam 200 kadın alınmıştır. Veri toplama aracı olarak; araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiş olan gebe kadınların, sosyo-demografik özelliklerini, tıbbi ve obstetrik öykülerini içeren 23 sorudan oluşan “Birey Tanılama Formu” ve “Bilgilendirilmiş Onam Formu” kullanılmıştır (1, 9, 10, 11). Ayrıca gebelerin kaygı düzeylerini ölçmek amacıyla “Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği” kullanılmıştır.

Vajinal doğum yapmak için doğumhaneye gelen, doğumun I.evresinde olan dilatasyonun 4cm'den az olduğu latent fazda olan gebelere, veri toplama formu ve “Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği” araştırmacılar tarafından, gebelerin doğumhaneye kabulünde ve aynı gebelerin postpartum birinci gününde doğum servisinde görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Planlı sezaryen doğum yapmak için doğumhaneye gelen gebelere, veri toplama formu ve “Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği” araştırmacılar tarafından, gebelerin doğumhaneye kabulünde ve aynı gebelerin postpartum birinci gününde doğum servisinde görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Spielberger'in Durumluk Kaygı Envanteri: Spielberg ve arkadaşları tarafından 1964 yılında normal ve normal olmayan bireylerin durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amacıyla geliştirilen ölçek Türkçeye Öner ve Le Compte (1983) tarafından uyarlanmıştır. Kısa ifadelerden oluşan, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Durumluk kaygı envanteri, kişinin belirli bir andaki kaygısını ölçmek üzere geliştirilmiştir, 20 maddeden oluşan durumluk kaygı envanteri, bireyin belirli bir anda ve koşulda kendini nasıl hissettiğini belirleyen bir ölçektir. Durumluk kaygı envanteri maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar yoğunluk derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla seçeneklerinden birini işaretlemek suretiyle cevaplandırılmaktadır. Envanterde 10 tane tersine dönmüş ifade bulunmaktadır. Bu ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Durumluk kaygı puanı, doğrudan ifadeler ile ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanlarının

farkına 50 puan eklenmesi ile hesaplanmaktadır. Durumluk kaygı ölçeğinde elde edilen puanlar kuramsal olarak 20- 80 puan arasında değişmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, 36'nın altında puan alanlarda kaygı olmadığı, 37- 42 puan arasında hafif kaygı ve 42 ve üzerinde puan alanlarda yüksek kaygı bulunduğu kabul edilmektedir (14).

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan, araştırmanın yapıldığı hastaneden ve katılımcılardan gerekli yazılı izinler alınmıştır. Araştırma verileri, SPSS 15.00 programıyla analiz edilmiş olup; yüzdeler, t testi, ki-kare ve korelasyon kullanılmıştır. Araştırmadaki sürekli verilerden yaş, eğitim, meslek ve gelir durumu verilerinin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile yapılmıştır. Her dört değişkenin de normal dağıldığı saptanmıştır (Kolmogorov Smirnov Z ve p sırasıyla 0.77;>0.05, 0.216;>0.05, 0.424; >0.05, 0.422; >0.05).

## **BULGULAR**

Katılımcılardan vajinal doğum yapanların %45'i 24-29 yaş aralığında olup sezaryen doğum yapanların %39'u 30-35 yaş aralığındadır. Kadınların, doğum yöntemi ile yaş grupları, eğitim, meslek ve gelir durumu arasında yapılan K-Kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 1). Annelerin daha önceki gebelik öyküsü incelendiğinde; %41'inin ilk gebeliği olduğu, %18.7'sinin abortus öyküsü olduğu, %75.5'inin daha önce herhangi bir operasyon geçirmediği ve %32.5'inin de daha önce vajinal doğum yaptığı saptanmıştır.

Gebelerin %88.5'inin doğum ile ilgili bilgi aldığı, %87.5'i aldıkları bilgiyi yeterli bulduklarını saptanırken, bilgi alanların %74'i sağlık personelinden, %11'i aile, arkadaş, komşudan ve %3.5'i basılı yayından bilgi aldığı saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların %58.5'i doğumdan korktuklarını ifade etmiştir. Doğumdan korkma nedeni olarak; %29'u "acı çekmekten korktuğunu", %23.1'i "doğumun kötü geçeceğini düşündüğü için korktuğunu", %20.5'i "ilk doğum deneyimi olduğu için korktuğunu", %15.4'ü "annenin bebeğini kaybetmekten korktuğunu" ve %12'si "anestezi ve sezaryenden korktuğunu" ifade etmiştir.

Annelerin %60'ı kendileri ve bebeklerinin sağlığı için endişe ettiklerini ve %50'si şuanda gergin olduklarını belirtmiştir. Katılımcıların %39.7'si doğumda aksilik olacağını, %27.3'ü çok fazla sancısının olacağını, %19.8'i bebeğin özürlü doğacağını ve %13.2'si bebeğinin ölü doğacağını düşünmesinden dolayı kendilerinin ve bebeklerinin sağlığıyla ilgili endişe ettiklerini ifade etmiştir.

**Tablo 1.** Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Dağılımları

Değişkenler	Doğum Yöntemi			
	Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum	
	N	%	N	%
<b>Yaş Grupları</b>				
18-23 yaş	19	19.0	14	14.0
24-29 yaş	45	45.0	31	31.0
30-35 yaş	28	28.0	39	39.0
36 yaş ve üzeri	8	8.0	16	16.0
<b>TOPLAM</b>	100	100.0	100	100.0
	<b>X<sup>2</sup>=12.235, p=0.852</b>			
<b>Eğitim Durumu</b>				
İlkokul mezunu	26	26.0	30	30.0
Ortaokul mezunu	21	21.0	13	13.0
Lise ve dengi okul mezunu	30	30.0	26	26.0
Yüksekokul/Fakülte mezunu	23	23.0	31	31.0
<b>TOPLAM</b>	100	100.0	100	100.0
	<b>X<sup>2</sup>=2.282, p=0.516</b>			
<b>Meslek Durumu</b>				
Memur	12	12.0	6	6.0
Özel Sektör	13	13.0	21	21.0
Çalışmıyor	75	75.0	73	73.0
<b>TOPLAM</b>	100	100.0	100	100.0
	<b>X<sup>2</sup>=8.845, p=0.223</b>			
<b>Gelir Durumu</b>				
Gelir giderden az	18	18.0	18	18.0
Gelir gidere denk	74	74.0	77	77.0
Gelir giderden fazla	8	8.0	5	5.0
<b>TOPLAM</b>	100	100.0	100	100.0
	<b>X<sup>2</sup>=0.548, p=0.760</b>			

\*p&lt;0.05

Tablo 2 incelendiğinde; vajinal ve sezaryen doğum yapan gebe kadınların, doğum yöntemi ile pariteleri ( $\chi^2 = 2.067$ ,  $p > 0.05$ ), doğum bilgisini yeterli bulma durumları ( $\chi^2 = 2.240$ ,  $p > 0.05$ ), doğum korkusu olma durumları ( $\chi^2 = 0.021$ ,  $p > 0.05$ ), kendisi ya da bebekle ilgili sağlık endişesi yaşama durumları ( $\chi^2 = 0.333$ ,  $p > 0.05$ ) ve kendilerini gergin hissetme durumları ( $\chi^2 = 0.184$ ,  $p > 0.05$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, önceki doğum yöntem durumu ( $\chi^2 = 45.785$ ,  $p < 0.05$ ) ve önceki doğumun zor geçme durumu ( $\chi^2 = 5.441$ ,  $p < 0.05$ ) arasında anlamlı fark saptanmıştır.

**Tablo 2.** Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

DOĞUM YÖNTEMİ					
DEĞİŞKENLER	Vajinal Doğum N %	Sezaryen Doğum N %	TOPLAM		
			N %	$\chi^2$	p
<b>Gebelik sayısı</b>					
Birinci gebelik	46 56.1	36 43.9	82 100.0	2.067	0.151
İki ve üzeri gebelik	54 45.8	64 54.2	118 100.0		
<b>Önceki doğum yöntemi</b>					
Vajinal doğum	48 73.8	17 26.2	65 100.0	45.785	<b>0.000*</b>
Sezaryen doğum	0 00.0	31 100.0	31 100.0		
<b>Önceki doğumun zorluğu**</b>					
Evet	23 65.7	12 34.3	35 100.0	5.441	<b>0.020*</b>
Hayır	25 41.0	36 59.0	61 100.0		
<b>Doğum bilgisini yeterli bulma durumu</b>					
Evet	84 48.0	91 52.0	175 100.0	2.240	0.134
Hayır	16 64.0	9 36.0	25 100.0		
<b>Doğum korkusu yaşama durumu</b>					
Evet	59 50.4	58 49.6	117 100.0	0.021	0.886
Hayır	41 49.4	42 50.6	83 100.0		
<b>Kendisi/bebek için sağlık endişesi yaşama durumu</b>					
Evet				0.333	0.564
Hayır	58 48.3	62 51.7	120 100.0		
<b>Gergin olma durumu</b>					
Evet	56 48.7	59 51.3	115 100.0	0.184	0.668
Hayır	44 51.8	41 48.2	85 100.0		

\* $p < 0.05$

\*\*Yalnızca 2 ve üzeri gebeliği olanlar alınmıştır.

Doğum yöntemine göre durumluk kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; vajinal ve sezaryen doğum yapan gebelerin antepartum ve postpartum kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla  $t= 1.258$ ,  $p>0.05$ ;  $t= 1.107$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo3). Araştırmaya katılan gebelerin antepartum kaygı puan ortalamalarının postpartum kaygı puan ortalamalarından yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t= 18.36$ ,  $p<0.01$ ) (Tablo 4). Gebe kadınların doğum yöntemi ne olursa olsun antepartum dönemde kaygı puan ortalamalarının yüksek olduğunu düşünürüz.

**Tablo 3.** Katılımcıların Doğum Yöntemine Göre Antepartum ve Postpartum Dönemde Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Yöntemi	Antepartum Dönem			Postpartum Dönem		
	S	X	S.S.	S	X	S.S.
Vajinal Doğum	100	48.88	11.61	100	29.20	7.21
Sezaryen Doğum	100	46.75	12.32	100	30.38	7.89
	<b>t=1.258</b>	<b>p=.210</b>		<b>t=1.103</b>	<b>p=.271</b>	

\* $p<0.05$

**Tablo 4.** Katılımcıların Antepartum ve Postpartum Dönemde Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	S	X	S.S.
Antepartum Dönem	200	47.81	11.99
Postpartum Dönem	200	29.70	7.56
	<b>t=18.360</b>	<b>p=0.000*</b>	

\* $p<0.05$

## TARTIŞMA

Çalışmamızın sonucunda, her iki grupta da antepartum dönemdeki kaygının postpartum dönemdeki kaygıdan daha yüksek olduğu ve vajinal doğum yapanlar ile sezaryen doğum yapanların kaygı düzeylerinin benzer olduğu saptanmıştır. Gebe kadınların doğum yöntemi ne olursa olsun antepartum kaygı puan ortalamalarının yüksek olduğu, bu durum kadınların normal doğum ya da sezaryen doğuma karşı değil, doğumun kendisine karşı bir kaygı durumu yaşadıklarını göstermektedir. Yani antepartum dönemde yaşanan kaygının doğum tipine bağlı olmadığını söyleyebiliriz. Ülkemizde hala hasta merkezli çalışmayan doğumhane hizmetleri



yaygın olduğundan, doğum için doğumhaneye gelen anne adayını kendisini yalnızlaştırmış, ürkümüş ve korku içinde hissetmekte, kendisini ve bebeğini nelerin beklediğini bilememektedir. Bu da onun antepartum dönemde anksiyetesinin artmasına neden olan çok önemli bir faktördür. Yapılan çalışmalarda, çalışmamızla benzer olarak doğum için hastaneye başvuran gebelerin antepartum dönemde kaygı düzeylerinin postpartum dönemde kaygı düzeylerinden fazla olduğu saptanmıştır (3, 6, 9, 15). Bunun yanında yapılan bir çalışmada da, gebelerin antepartum dönemde ve sonrası belli düzeyde kaygı yaşadığını, postpartum dönemde kaygı puan ortalamasının antepartum dönemde kaygı puanından belirli ölçüde düşük olduğunu belirlemiştir (16).

Yapılan pek çok çalışmada antepartum dönemde yaşanan kaygının gebenin doğum korkusu yaşamasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (4, 7, 17, 18, 19). Çalışmamıza katılan gebelerin yarısından fazlasının doğumdan korktukları saptanmıştır. Yanikkerem ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada, çalışmamızla benzer olarak gebelerin çoğunun antepartum dönemde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (12). Poikkeus ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları bir çalışmada her beş kadından birinde orta derecede doğum korkusu saptanmış olup, kadınların %6-13'ünün ise daha ciddi doğum korkusu yaşadığı ve bu korkusu ile baş edemediği belirlenmiştir (11). Alipour ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları bir çalışmada da 28. gestasyonel haftasından sonra doğum korkusunun süreklilik ve durumluluk kaygı düzeyini arttırdığını saptamışlardır (9).

Son trimestırda, anne adayının duyguları, anksiyete ve korkular, gebelikten sıkıntı duyma, annenin kayıp duygusu, bebeğini görmek isteme ama doğumdan korkma, doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişe duyma, yakında olacak doğuma yönelik yoğun anksiyete yaşamasına neden olan, kadını olumsuz etkileyen ve doğum eylemine uyum sağlamalarına engel olan durumlardır (2, 13, 20, 21). Literatür tarandığında yapılan çalışmalarda, bebeğin öleceğine veya zarar göreceğine ilişkin düşüncelerin gebelerin antepartum dönemde korku ve kaygı yaşama nedenlerinin başında geldiği görülmektedir. Çalışmamızda da gebelerin yarısından fazlasının bebeğinin öleceğini veya zarar göreceğini düşündüğü görülmüştür. Literatür çalışmamızı desteklemektedir (8, 13, 22, 23, 24, 25).

Literatür incelendiğinde, antenatal dönemde alınan bakım ve doğumla ilgili eğitimin, antepartum dönemde korku ve kaygı yaşama durumuyla ilgili önemli bir değişken olduğu ve antepartum dönemde kaygıyı azalttığı bildirilmektedir (26, 27). Literatürden farklı olarak,

çalışmamızda gebelerin büyük çoğunluğu doğum ile ilgili bilgi alma durumları yüksek bulunmasına rağmen, katılımcıların çoğunun antepartum dönemde kaygı düzeyleri yine de yüksek bulunmuştur. Bu durumu, gebelerin sadece antepartum dönemde değil, doğumhaneye doğum için geldiklerinde de sağlık personeli tarafından gebelerin desteklenmesi ve rahatlatılmasının, gebelerin özyeterliliğini ve memnuniyet oranlarını artıracak ve daha az antepartum dönemde kaygı yaşayacaklarıyla ilişkilendirebiliriz. Yapılan başka bir çalışmada, doğuma ilişkin saptanan en önemli endişe nedeni doğumda görev alan sağlık personeline güven eksikliği olarak belirlenmiştir (28). Bu sonuçlara yönelik, gebelerin doğuma ilişkin korku ve beklentilerinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Doğum eylemi sırasında da kadının yanında bulunmalı, ihtiyacı olan bakımları verilmeli, eylemle baş etmede olumlu geribildirimler vererek kadını cesaretlendirmeli, eyleme kadının aktif katılımını sağlamalıdır. Böylece kadının kendine olan güveninde artış sağlanabilecektir (8, 12, 29).

Doğum yöntemi ile antepartum dönemde ve sonrası durumluk kaygı düzeyinin karşılaştırıldığı çalışmanın olmamasıdır. Ayrıca bu çalışma daha büyük bir örnekleme uygulanabilir.

Araştırma bulguları ile bu alandaki diğer çalışmalar, gebelik ve doğum ile ilgili korku ya da endişelerin varlığını göstermektedir. Bu bulgular gebelik ve doğuma yönelik endişeler konusunda gebelerin eğitilmelerinin önemli olduğu söylenebilir. İlk sırada yer alan sağlık personeline yönelik endişeleri gidermek de sağlık personelinin eğitimi ile sağlanabilir. Doğum alanında çalışan sağlık personelinin doğum izlemleri sırasında korkuları ve endişeleri saptamaları ve bu alanlarda gebelere danışmanlık vermeleri önem taşımaktadır. Ayrıca doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaştırılması, gebe ve eşlerinin bu sınıflara katılımlarının desteklenerek daha olumlu bir gebelik ve doğum tecrübesi yaşamalarının sağlanması önerilebilir.

## **KAYNAKLAR**

1. Gözüyeşil E.Y, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3(9): 40-62.
2. Hotun Ş.N. Seksio - Sezaryen: Yaygınlığı ve Sonuçları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2(3): 94-97.

3. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10(1) 113-121.

4. Söderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic Stress in Late Pregnancy. Journal of Anxiety Disorders 2004; 18(2): 127-42.

5. Chung T.K, Lau T.K, Yip A.S, Chiu H.F, Lee D.T. Antepartum Depressive Symptomatology is Associated with Adverse Obstetrics And Neonatal Outcomes. Psychosomatic Medicine 2001; 63(1): 830-4.

6. Hagalı M.K. Study of Depression and Anxiety in Prenatal and Postnatal Women at Port moresby General Hospital. Medical Journal - PNG Institute of Medical Research 2010; 53(1-2):30-36.

7. Spice K, Jones S.L, Hadjistavropoulos H.D, Kowalyk K, Stewart S.H. Prenatal Fear of Childbirth and Anxiety Sensitivity. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2009; 30(3): 168-74.

8. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2009; 40(2): 57-62.

9. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei M.A. The Association Between Antenatal Anxiety and Fear of Childbirth in Nulliparous Women: a Prospective Study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2011; 16(2):1-6.

10. Hood S.D, Argyropoulos V. Agents in Development for Anxiety Disorders. Central Nervous System Drugs 2000; 13(2): 421-431.

11. Poikkeus P, Saisto T, et al. Fear of Childbirth and Pregnancy Related Anxiety in Women Conceiving with Assisted Reproduction. Obstetrics & Gynecology 2006; 108(1): 70-6.

12. Yanikkerem U.E, Kitapçıoğlu G, Karadeniz G. Kadınların Doğum Yöntemlerine Bakış Açısı. Deneyim ve Memnuniyetleri Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5(13): 108-118.

13. Kitapçıoğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir ölçek Geliştirme ve Validasyon Çalışması. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 9(1) : 47-54.

14. Öner N, Le Compte A. Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 1. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1983. ss: 1-26.

**15.** Sertbaş G. Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Türk Hemşireler Dergisi 1998; 48(6):16-19.

**16.** Engle P, Serimshow S, et al. Prenatal and Postnatal Anxiety in Mexican Giving Birth in Losangles. Health- Psychology 1990; 16(1): 81-99.

**17.** Heimstad R, Dahloe R, Laache I, Skogvoll E, Schei B. Fear of Childbirth and History of Abuse: Implications for Pregnancy and Delivery. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2006; 85(4): 435-40.

**18.** Johnson R.C, Slade P. Obstetric Complications And Anxiety During Pregnancy: İs There A Relationship. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2003; 24(1): 1-14.

**19.** Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. Cognitive Behaviour Therapy 2001; 30(2): 75-84.

**20.** Clement S. Psychological Aspects of Caesarean Section. Best Practice & Research Clinical Obstetrics Gynaecology 2001; 15(1):109-126.

**21.** Güngör I, Gökyıldız Ş, Nahcivan N. Sezaryen Doğum Yapan Bir Grup Kadının Doğuma İlişkin Görüşleri ve Doğum Sonu Erken Dönemde Yaşadıkları Sorunlar. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 13(53):185–197.

**22.** The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee. Opinion No.342: Induction of Labor for Vaginal Birth after Cesarean Delivery. Obstetrics & Gynecology 2006; 108(2):465-8.

**23.** Galotti K.M, Pierce B, Reimer R.L, Luckner A.E. Midwife or Doctor: A Study of Pregnant Woman Making Delivery Decisions. Journal of Midwifery & Women's Health 2000; 45(4):320-29.

**24.** Melender H.L. Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth. A Study of 329 Pregnant Women Birth 2002; 29(2); 101-109.

**25.** Osis M.J, Pádua K.S, Duarte G.A, Souza T.R. Faúndes A. The Opinion of Brazilian Women Regarding Vajinal Labor snd Ceserean Section. International Journal oj Gynecology & Obstetrics 2001;75(1): 559-66.

**26.** Körükcü Ö, Kukulu K, Firat M.Z. The Reliability and Validity of The Turkish Version of the Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire with Pregnant Women. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2008; 19: 193-202.

**27.** Şahin N.H, Güngör İ, Sömek A. Kadınların Doğum Yöntemlerine İlişkin Görüşleri ve Erken Postpartum Dönemdeki Sorunlarının Belirlenmesi: Bir Özel Hastane Örnekleme. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 2007;21(4):197-204.

**28.** Wiklund I, Edman G, Ryding E.L, Andolf E. Expectation and Experiences of Childbirth in Primiparae with Caesarean Section. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2008; 115(3): 324- 331.

**29.** Taşkın L (Ed.), Terzioğlu F. Ebeveynliğe Hazırlama ve Doğum Öncesi Bakım. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara- 2005. ss:151-179.

## YENİDOĞAN KLİNİĞİNDE BEBEĞİ YATAN ANNELERİN POSTPARTUM DEPRESYON BELİRTİLERİ VE EMZİRME ÖZYETERLİLİK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Sibel KÜÇÜKOĞLU<sup>1</sup>, Ayda ÇELEBİOĞLU<sup>2</sup>,  
Didem COŞKUN<sup>3</sup>

### ÖZET

Tanımlayıcı nitelikte gerçekleştirilen araştırma, yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Elazığ'da bir devlet hastanesinin yenidoğan kliniğinde bebeği yatarak tedavi olan anneler oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından literatür ışığında hazırlanan bir anket formu, Emzirme Öz yeterlilik Ölçeği ve Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin dökümünde sayı, yüzde ve ortalamalar verilmiş, istatistiksel analiz olarak t testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis, One Way Anova testi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan annelerin Emzirme Özyeterlilik ölçeğinden ortalama 40,63±10,22, EDSDÖ'den ise 14,32±6,91 puan aldığı saptanmıştır. Çalışmada Emzirme Özyeterlilik düzeyi ile gebelik haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi (p<0,05). Araştırmada annelerin %61,8'inde depresyon belirtileri saptandı. Çalışmada depresyon belirtilerini annenin yaşı, gebeliğin planlanması, bebeğin beslenme şeklinin etkilediği belirlendi (p<0,05).

Çalışmada yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin emzirme özyeterlilik düzeylerinin istendik seviyede olmadığı ve annelerin büyük bir kısmında depresyon belirtilerinin olduğu bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum Sonu Depresyon, Emzirme Özyeterlilik, Anne, Hemşire.

\* Bu çalışma Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi'nde (6-9 Eylül 2011, İzmir) poster bildiri olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup>Yardımcı Doçent, Atatürk Üniversitesi SBF, Erzurum

<sup>2</sup>Doçent, Atatürk Üniversitesi SBF, Erzurum

<sup>3</sup>Yükseklisans Öğr. Atatürk Üniversitesi SBF, Erzurum

**İletişim/Corresponding Author: Sibel KÜÇÜKOĞLU**

**Tel: 0506 284 81 00e-posta: s\_nadaroglu@hotmail.com**

**Geliş Tarihi / Received: 17.07.2013**

**Kabul tarihi/ Accepted: 15.07.2014**

**DETERMINATION OF THE POSTPARTUM DEPRESSION SYMPTOMS AND  
BREASTFEEDING SELF-EFFICACY OF THE MOTHERS WHO HAVE THEIR  
BABIES HOSPITALIZED IN NEWBORN CLINIC**

**ABSTRACT**

The descriptive study was carried out to determine the postpartum depression symptoms and breastfeeding self-efficacies of the mothers who have their babies hospitalized in a newborn clinic. The population consisted of the mothers who have their babies were hospitalized in a state hospital's newborn clinic in the Province of Elazığ. Data were collected by the researchers by using a questionnaire prepared in the light of literature, the Breastfeeding Self-Efficacy Scale and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Numbers, percentages and averages were given for the data assessment, and t-test, Mann Whitney U test, Kruskal-Wallis, One Way ANOVA tests were used for the statistical analysis. Mothers participating in the study were found to score average  $40.63 \pm 10.22$  points in Breastfeeding Self-Efficacy Scale, and average  $14.32 \pm 6.91$  points in EPDS. In the study, a statistically significant difference was found between the level of Breastfeeding Self-Efficacy and the gestational age ( $p < 0.05$ ). 61.8% of the mothers had symptoms of depression. In the study, a statistically significant difference was found between the mothers' symptoms of depression and age, pregnancy planning, the baby's nutritional status ( $p < 0.05$ ). In the study, the degree of breastfeeding self-efficacies of the mothers who have their babies hospitalized in a newborn clinic was found low and the majority of mothers had the depression symptoms.

**Key Words:** Postpartum Depression, Breastfeeding Self Efficacy, Mother, Nursing.

## **GİRİŞ**

Gebelik ve doğum sonrası dönem, birçok kadın için çok özel ve güzel bir dönem olarak kabul edilmekle birlikte fizyolojik, psikolojik ve ruhsal değişimlere de neden olur. Kadınların çoğu bu dönemde ortaya çıkan değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bir bölümünde kalıcı ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (1). Kadınların yaklaşık %13'ünde doğumdan sonraki ilk 12 hafta içinde doğum sonu depresyon görüldüğü belirtilmektedir (2). Doğum sonu depresyon düzeyi, anne bebek etkileşimine bağlı olarak bebeğin sağlık durumundan çok etkilenir (3). Anne bebek etkileşimini başlatmada ve sürdürmede emzirme etkin bir yöntemdir. Ancak yeni anne olmanın duygusal çalkantısıyla birlikte; hasta bir bebeğe sahip olma, bebekten fiziksel ve duygusal olarak ayrı olma, yenidoğan yoğun bakım ünitesinin stresli ortamı gibi faktörler anneler için büyük stres kaynağı oluşturmakta ve emzirmenin etkin olarak sürdürülmesini engellemektedir (4).

Annenin kendi beden ve ruh sağlığı yerinde olmadıkça bebeğine sağlıklı bir şekilde bakabilmesi ve uzun dönem emzirebilmesi oldukça zordur (5). Bu konuda yapılan çalışmalar doğum sonu depresyon yaşayan annelerin emzirmeye başlamada daha fazla sorun yaşadıklarını vurgulamaktadır (6,7). Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda depresif annelerin emzirme sürecini yönetmede daha başarısız oldukları belirtilmektedir (8,9).

Emzirme öz-yeterlilik algısı annenin emzirmeye ilişkin hissettiği yeterliliklerdir. Emzirme özyeterliliği düşük olan annelerin doğum sonu dönemde çok daha fazla depresyona yatkın olduğu bildirilmiştir (10). Zubaran ve Foresti'nin çalışmasında doğum sonu depresyonda olan annelerin emzirme konusunda çok daha az düzeyde kendilerine güven duydukları saptanmıştır. Yurt dışında yapılan çalışmalarda depresyon belirtileri ile emzirme özyeterlilik arasında ilişkiyi inceleyen çalışmalar olmasına (10,11,12) karşın ülkemizde bu tür bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırma yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Tanımlayıcı olarak yapılan çalışma Elazığ il merkezine bağlı bir devlet hastanesinde yürütülmüştür. Hastanenin yenidoğan kliniğine Mayıs-Ağustos 2011 tarihleri arasında bebeği yatan, doğum sonrası 0-1 yıllık süreç içinde olan kadınlar çalışmanın evrenini, bu kısıtlara uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 110 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu ve Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ve Emzirme Özyeterlilik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Tanıtıcı bilgi formu, kadınların



sosyodemografik, gebelik ve bebeğe ilişkin özelliklerini sorgulayan 9 kapalı uçlu sorudan oluşmuştur.

Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek ve düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, bir ölçektir (13). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Toplam 10 sorudan oluşan ölçek, dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Ölçeğin 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. maddeleri giderek azalan şiddet gösterir ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Ölçeğin kesme puanı 12/13 olarak bildirilmiştir. (14). Bu çalışmanın EDSDÖ için Cronbach Alfa katsayısı 0.76 olarak bulunmuştur.

Annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeylerini değerlendirmek amacıyla, Dennis ve Faux (15) tarafından geliştirilen, ilk formu 33 maddelik olan ölçeğin 2003 yılında 14 maddelik kısa formu geliştirilmiştir (11). Dennis kullanım için bu kısa formu önermektedir. Daha kolay uygulanmakta ve öz-yeterliliği doğru değerlendirmektedir. Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği 5 puanlı Likert tipi bir ölçektir (1= “Hiç emin değilim” ve 5 = “Her zaman eminim”). Bandura'nın (16) önerdiği gibi tüm maddeler pozitif yöndedir. Ölçekten alınabilir minimum puan 14, maximum puan 70'tir. Puan yükseldikçe yüksek emzirme öz-yeterliliği göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tokat (17) tarafından yapılmış olup Cronbach's Alfa değeri 0,86 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın Emzirme Özyeterlilik Ölçeği için Cronbach Alfa katsayısı 0,79 olarak bulunmuştur.

Veriler araştırmacılar tarafından annelerin kendi odalarında, müsait olduğu saatlerde yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış olup görüşme süresi ortalama 15 dk sürmüştür. Veriler toplanmadan önce kurumlardan yazılı izin, araştırmaya katılan kadınlardan ise çalışma hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra sözel izin alınmıştır.

Çalışmanın istatistiksel değerlendirmeleri Windows için SPSS 15 programında gerçekleştirilmiştir. İkili değişkenler için puan farklarının analizinde Student's t-testi, ikiden fazla olan değişkenlerin puan farklarının analizinde ANOVA kullanılmıştır. İstatistiksel analizler için anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya başlamadan önce çalışmanın yapıldığı hastaneden resmi izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan annelere çalışmanın amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanmış, araştırmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları ve araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları konusunda bilgilendirildikten sonra sözel onamları alınan annelerle çalışma yürütülmüştür.

**BULGULAR**

Araştırma sonucunda çalışmaya katılan annelerin ortalama  $27,47\pm 5,78$  yaşında olduğu %91,8'inin ev hanımı, %57,3'ünün ilkokul mezunu olduğu, %57,3'inin sezaryen doğum yaptığı, %21,8'inin emzirme deneyimi olduğu, bebeklerin %61,8'inin termde doğduğu, %52,3'ünün NGS ile beslendiği, %80,9'unun gebeliği planladığı ve bebeklerin %64,5'inin gebelik yaşına uygun olduğu belirlendi (Tablo 1).

**Tablo 1.** Anne ve Bebeğe Ait Demografik Özelliklerin Dağılımı (N:110)

<b>Demografik Özellikler</b>	<b>S</b>	<b>%</b>
<b>Annenin Yaşı</b> (Ort:27.47±5.78 )		
18-25	43	39,0
26-34	56	50,9
35 ve üzeri	11	10,1
<b>Mesleği</b>		
Çalışan	9	8,2
Ev Hanımı	101	91,8
<b>Eğitimi</b>		
Okuryazar değil	24	21,8
İlköğretim	63	57,3
Lise	16	14,5
Üniversite	7	6,4
<b>Doğum Şekli</b>		
Normal	45	42,7
Sezeryan	65	57,3
<b>Emzirme deneyimi</b>		
Var	24	21,8
Yok	86	78,2
<b>Bebeğin Beslenme Şekli</b>		
Emzirme	58	52,7
NGS	42	52,3
Biberon	10	
<b>Gebelik Planlı Mı?</b>		
Evet	89	80,9
Hayır	21	19,1
<b>Gebelik haftası</b>		
Term	68	61,8
Preterm	42	38,2
<b>Doğum Kilosu</b>		
Çok DDA Bebek	14	12,7
DDA Bebek	23	20,9
Gebelik Yaşına Uygun Bebek	71	64,5
Tosun Bebek	2	1,9
<b>Toplam</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Çalışmaya katılan annelerin Emzirme Özyeterlilik ölçeğinden ortalama  $40,63\pm 10,22$  puan aldığı belirlenmiştir. Ölçeğin kesme puanı olmamakla birlikte bu puan ortalamasının

istendik düzeyde olduğunu belirtmek güçtür. Annelerin EDSDÖ'den ise  $14,32 \pm 6,91$  puan aldığı saptanmıştır. Bu puan ölçeğin kesme puanının üstünde olup annelerin doğum sonu depresyon açısından riskli olduğunu göstermesi açısından önemli bir bulgudur (Tablo 2).

**Tablo 2.** Annelerin Emzirme Özyeterlilik ve EDSDÖ Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Minimum	Maximum	X±SS
<b>Emzirme Özyeterlilik</b>			
<b>Ölçeği</b>	16	70	40,63±10,22
<b>EDSDÖ</b>	0	27	14,32±6,91

Çalışmada Emzirme Özyeterlilik düzeyi ile bebeklerin gebelik haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ). Annelerin %61,8'inde depresyon belirtileri saptandı. Annelerin depresyon belirtileri ile yaşı, gebeliğin planlanması, bebeğin beslenme şekli arasındaki farkın önemli olduğu saptandı ( $p < 0,05$ , Tablo 3).

Çalışmada annelerin emzirme özyeterlilik düzeyi ile doğum sonu depresyon belirtileri arasında ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). ( Tablo 4)

**Tablo 3.** Bebeklerin ve Annelerin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Emzirme Özyeterlilik ve EDSÖ Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Demografik Özellikler	Emzirme Özyeterlilik			EDSD	
	S	X±SS	Test p	X±SS	Test p
<b>Gebelik haftası</b>					
Term	68	38,92±8,39	t:-2,274	14,11±7,45	t:1,843
Preterm	42	43,40±12,25	<b>p:0,025</b>	14,66±6,02	p:0,177
<b>Doğum Kilosu</b>					
Çok DDA Bebek	14	43,64±10,61		14,78±6,81	
DDA Bebek	23	44,86±13,75	KW:5,056	15,21±6,40	KW:1,755
Gebelik Yaşına Uygun Bebek	71	38,70±8,26	p:0,168	13,81±7,19	p:0,625
Tosun Bebek	2	39,50±13,43		19,00±0,00	
<b>Annenin Yaşı</b> (Ort:27,47±5,78 )	43	40,95±11,72		14,02±7,26	
18-25	56	40,76±9,07	KW:0,054	13,45±6,56	KW:8,048
26-34	11	38,72±9,99	p:0,973	19,90±4,84	<b>p:0,018</b>
35 ve üzeri					
<b>Mesleği</b>					
Çalışan	9	40,11±10,06	U:290,500	11,44±8,01	U:337,500
Ev Hanımı	101	46,44±10,78	p:0,053	14,58±6,79	p:0,201
<b>Eğitimi</b>					
Okuryazar değil	24	37,41±8,02	KW:4,136	17,62±6,30	KW:7,501
İlköğretim	63	40,61±9,51	p:0,247	13,74±6,31	p:0,052
Lise	16	43,37±14,51		12,81±8,29	
Üniversite	7	45,57±10,08		11,71±8,49	
<b>Doğum Şekli</b>					
Normal	45	39,51±11,29	t:0,045	15,11±7,02	t:0,006
Sezeryan	65	41,41±9,42	p:0,833	13,78±6,84	p:0,940
<b>Bebeğin Beslenme Şekli</b>					
Emzirme	58	42,29±11,28		15,06±6,27	
NGS	42	39,30±8,09	KW:2,152	11,76±6,88	KW:15,789
Biberon	10	36,60±10,81	p:0,341	20,80±5,80	<b>p:0,000</b>
<b>Gebelik Planlı Mı?</b>					
Evet	89	40,43±10,08	U:856,500	13,12±6,69	U:448,000
Hayır	21	41,04±10,86	p:0,604	19,33±5,91	<b>p:0,000</b>

**Tablo 4.** Annelerin Emzirme Özyeterlilik Düzeyi İle Doğum Sonu Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki

	EDSD	
	r	p
<b>Emzirme Özyeterlilik</b>	-0,158	0,099

## TARTIŞMA

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu, doğumla birlikte ebeveyn olmanın getirdiği emosyonel, kognitif ve davranışsal güçlükler anne ve babanın yaşam stilini etkilemektedir. Özellikle depresif annelerin yaşadığı bu güçlüklerin üstesinden gelmekte zorlandıkları, daha fazla uyku sorunu yaşayıp, çocuklarının beslenmesini de ihmal ettikleri gözlenmektedir (18,19). Postpartum depresyon dünyadaki pek çok kadın için anne, çocuk ve ailenin sağlığını olumsuz yönde etkileyen sorunların başında gelmektedir (10). Ülkemizde yapılan çalışmalarda postpartum depresyon prevalansının %17 ilâ %30 arasında değiştiği bildirilmiştir. (20-22). Bizim çalışmamızda annelerin %61.8'inde depresyon belirtileri saptanmıştır. Anneliğe geçiş başlı başına kompleks bir durum iken, bir de aileye yeni katılan bebeğin bazı sağlık sorunlarının olması bu durumu daha karmaşık ve zor hale getirir. Annelik rolüne uyum sağlamaya çalışan annede bebeğin kaybına ilişkin endişeler olumsuz duyguların daha yoğun yaşanmasına yol açmaktadır (23). Çalışmada depresif belirti oranının literatürden daha yüksek çıkmasında annelerin çocuklarını kaybetme korkusu yaşıyor olduklarının etkisi olmuş olabilir. Annelerin depresyon belirtileri ile yaşı, gebeliğin planlanması, bebeğin beslenme şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ( $p<0,05$ ). Dennis'in yaptığı çalışmada bebeğin beslenme şekli ile doğum sonrası annede depresyon belirtileri görülme arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (10). Bu konuda yapılan çalışmalarda anne yaşının ve eğitim seviyesinin düşüklüğü, hamilelik sırasında depresyon yaşanması, yetersiz sosyal desteğin olması ile annenin bebeğini 6 aydan daha kısa sürede süttten kesmesi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. (24,25.)

Çalışmada annelerin emzirme özyeterlilik düzeyinin bebeklerin gebelik haftasından etkilendiği belirlendi ( $p<0,05$ ). Öz-yeterlilik algısı, bir kişinin yapacağı veya sakınacağı aktiviteleri saptamada önemli bir rol oynar. Dennis ise emzirme öz-yeterlilik algısını “annenin emzirmeye ilişkin hissettiği yeterlilik” olarak tanımlamıştır (15). Emzirme öz-yeterliliği düşük olan annelerin çocuklarını doğumdan sonra tavsiye edilen süreden çok daha kısa sürede süttten kestiği, buna karşın emzirme öz yeterliliği yüksek olan annelerin emzirmeyi başlatma ve sürdürme konusunda daha az sorun yaşadıkları belirlenmiştir (26). O'Campo ve arkadaşlarının çalışmasında emzirmeyi etkileyen faktörler değerlendirilmiş ve özellikle emzirme sonuçları için en güçlü etkenin annenin öz-yeterlilik algısı olduğu belirlenmiştir (27). Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebekler gestasyon haftası olarak genelde yaşitlarına oranla çok daha erken zamanda dünyaya gelmekte ve bu bebeklerin emzirilmesinde bebekten ve anneden kaynaklanan bir çok sorunda beraberinde gelmektedir.

Bu zorluklar karşısında anne eğer desteklenmezse emzirme özyeterlilik düzeyi de düşmektedir (28).

Emzirmenin postpartum depresyonla ilişkisi incelenen değişkenlerden biridir. Hatta emzirme, postpartum depresyon tedavisi için önemli bir faktör olarak gösterilmiş ve emzirmeyi bırakmanın oluşturduğu sosyal baskının ve suçluluk duygusunun başlı başına ek bir stresör olduğu belirtilmiştir (29). Zubarán ve Foresti'nin yaptığı çalışmada doğum sonu depresyon yaşayan annelerin emzirme özyeterlilik düzeylerinin de düşük olduğu belirlenmiştir (30). Dennis yaptığı (2006) çalışmada doğum sonrası ilk dört haftada emzirme özyeterliliğinin annenin eğitim düzeyinden, doğum sonrası alınan bakımdan, bebeğin beslenme şeklinden ve annenin anksiyetesinden etkilendiğini saptamıştır (31). Bu çalışmada annenin doğum sonu depresyon belirtilerinin emzirme özyeterliliğini etkilemediği saptanmıştır. Çalışmanın yapıldığı hastanenin bebek dostu olması ve bebeklerin emzirilmesi için annelerin hastanede desteklenmeleri bu durumun oluşmasını etkilemiş olabilir.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Çalışmada yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin emzirme özyeterlilik düzeyinin düşük olduğu ve annelerin büyük bir kısmında depresyon belirtileri olduğu bulunmuştur.

Bu nedenle aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

- Bebek dostu hastanelerde ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde emzirmeye ilişkin günümüzde yapılan eğitim programları tekrar değerlendirilerek, sadece bilgi verici yapıda değil aynı zamanda anneleri güçlendirecek yapıda düzenlenmeli,
- Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan anneler emzirme sorunları ve depresyon belirtileri yönünden göz önüne alınmalı
- Riskli annelere gerekli destek sağlanmalıdır.

## **KAYNAKLAR**

1. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4): 243-251.
2. O'Hara M, Swain A. Rates and Risk of Postpartum Depression- A Meta Analysis. Int Rev Psychiatry 1996; 8(1): 37-54.
3. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. The Impact of Postnatal Depression and Associated Adversity on Early Mother-infant Interactions and Later Infant Outcome. Child Dev 1996; 67(5): 2512-2526.

4. Carter JD, Mulder RT, Bartram AF, Darlow BA. Infants in a Neonatal Intensive Care Unit: Parental Response. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2005; 90(2): F109-113.
5. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. *Evid Rep Technol Assess* 2005; 119: 1-8.
6. Seimyr L, Edhborg M, Lundh W, Sjögren B. In the Shadow of Maternal Depressed Mood: Experiences of Parenthood During the First Year After Childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2004; 25(1): 23-34.
7. Cooper PJ, Murray L, Stein A. Psychosocial Factors Associated with the Early Termination of Breast-Feeding. *J Psychosom Res* 1993; 37(2): 171-176.
8. Dunn S, Davies B, McCleary L, Edwards N, Gaboury I. The Relationship Between Vulnerability Factors and Breastfeeding Outcome. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35(1): 87-97.
9. McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal Depressive Symptoms at 2 to 4 Months Post Partum and Early Parenting Practices. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160(3): 279-284.
10. Dennis CL, McQueen K. Does Maternal Postpartum Depressive Symptomatology Influence Infant Feeding Outcomes? *Acta Paediatr* 2007; 96(4): 590-594.
11. Dennis CL. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003; 32(6): 734-744.
12. Dai X, Dennis CL. Translation and Validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese. *J Midwifery Womens Health* 2003; 48(5): 350-356.
13. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-İtem Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-786.
14. Engindeniz AN, Kuzey L, Kültür S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı. Psikiyatri Derneği Yayınları. Ankara - 1997. ss: 51-52.
15. Dennis CL, Faux, S. Development and Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health* 1999; 22(5): 399-409.
16. Bandura A. Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. *Psychology and Health* 1998; 13: 623-649.
17. Tokat MA. Doktora Tezi; “Antenatal Dönemde Verilen Eğitimin Emzirme Öz-Yeterlilik Algısına ve Emzirme Başarısına Etkisi” Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık

- Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Hülya Okumuş. İzmir -2009.
18. Çalışır H, Şeker S, Güler F, Anaç GT, Türkmen M. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Gereksinimleri ve Kaygı Düzeyleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 12(1): 31-44.
  19. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A Meta-Analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction. Arch Gen Psychiatry 2010; 67(10): 1012-1024.
  20. Nur N, Çetinkaya S, Bakır AD, Demirel Y. Sivas İl Merkezindeki Kadınlarda Postnatal Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 26(2): 55-59.
  21. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma Biçimi ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki: Türkiye’den Bulgular. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4): 252-258.
  22. Salgın A, Gökçay G, Yücel B, Polat A, Uğur Baysal S, Sahip Y, Uçar A, Eraslan E. Effects of Postpartum Depression on Child Care and Development. J İst Faculty Med 2007; 70: 70-73.
  23. Bulamacı G. Uzmanlık Tezi; “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Riskli Yenidoğanların Anne ve Babalarındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi ve Karşılaştırılması” İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi Prof. Dr. Gülay Görak; İstanbul - 1999.
  24. Falceto OG, Giugliani ER, Fernandes CL. Influence of Parental Mental Health on Early Termination of Breast-Feeding: a Case-Control Study. J Am Board Fam Pract 2004; 17(3): 173-183.
  25. Kehler HL, Chaput KH, Tough SC. Risk Factors for Cessation of Breastfeeding Prior to Six Months Postpartum among a Community Sample of Women in Calgary. Alberta Can J Public Health 2009; 100(5): 376-380.
  26. Campbell SH. "Breastfeeding self-efficacy: The effects of a Breastfeeding Promotion Nursing Intervention" (1996). ETD Collection for University of Rhode Island. Paper AAI9707172 (Çevrimiçi) <http://digitalcommons.uri.edu/dissertations/AAI9707172>, 01 Ocak 2011.
  27. O’Campo P, Faden RR, Gielen AC, Wang MC. Prenatal Factors Associated with Breastfeeding Duration: Recommendations for Prenatal Interventions. Birth 1992; 19(4): 195-201.
  28. Küçükoglu S. Yayınlanmamış Doktora Tezi; “Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerin Annelerine Verilen Doğal Besleme Eğitiminin Annelerin Emzirme Özyeterlilik Düzeyi,



Emzirme Başarısı ve Bebeğin Büyümesine Etkisi” Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Ayda Çelebioğlu. Erzurum – 2011.

29. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum Hüzün ve Depresyonlar. Duygudurum Dizisi 2000; 2: 64-71.
30. Zubaran C, Foresti K. The Correlation Between Breastfeeding Self-Efficacy and Maternal Postpartum Depression in Southern Brazil. Sex Reprod Healthc 2013; 4(1): 9-15.
31. Dennis CL. Identifying Predictors of Breastfeeding Self-Efficacy in the Immediate Postpartum Period. Res Nurs Health, 2006, 29(4), 256-268.

## **RADYOTERAPİ SONUCU GELİŞEN YAN ETKİLER VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI**

Aslı SİS ÇELİK<sup>1</sup>

### **ÖZET**

Kanser tedavisinde kullanılan radyoterapinin ana ilkesi kanserli hücrelerin tahrip edilmesi için iyonize radyasyonun kullanılmasıdır. Günümüzde birçok kanserin tedavisinde radyoterapi kullanılmaktadır. Her ne kadar güvenilirlikle kullanılsa da tüm tedavi yöntemlerinde olduğu gibi radyoterapinin de yan etkileri vardır. Radyoterapinin yan etkileri doza bağımlı olmakla birlikte, ilk şikâyetler yaklaşık birinci haftadan sonra başlar ve bazen bir ömür devam eden hasar oluşabilir. Hızlı bölünen hücreler, yavaş bölünen hücrelere göre genellikle radyasyona daha fazla duyarlıdır. Bu nedenle radyasyonun akut etkisi hızlı bölünen hücrelere bağlı, kronik etkisi ise yavaş bölünen hücrelere bağlı olarak ortaya çıkar.

Radyoterapi uygulamaları sonucu gelişebilecek yan etkilerin bilinmesi ve önlenmeye çalışılması, yan etkilere yönelik uygun bakımın sağlanması, planlanan tedavinin uygulanması, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi ve hasta /ailenin eğitimini içeren hemşirelik girişimlerinin uygulanmasının semptomları en aza indirmede önemli olduğu bilinmektedir.

**Anahtar Kelimeler :** Radyoterapi, Yan Etkiler, Hemşirelik Bakımı

## **SIDE EFFECTS CAUSED BY RADIOTHERAPY AND THE NURSING APPROACH**

### **ABSTRACT**

Basic principle of the radiotherapy that is used in cancer treatment is the use of ionized radiation in order to destroy cancerous cells. Radiotherapy is used in the treatment of several cancer types today. Despite being used with confidence, radiotherapy has some side effects just like all other treatment methods. Side effects of radiotherapy depend on the dose and first complaints start approximately one week later and it might occasionally cause damages that would last a lifetime. Rapidly -dividing cells are generally more susceptible to radiation compared to slowly-dividing cells. Thereby, while the acute effect of radiation emerges depending on rapidly-dividing cells, its chronic effect emerges based on slowly-dividing cells.

It is known that being aware of side effects that might develop as a result of radiotherapy practices and preventing these side effects, providing appropriate care for side effects, implementing the treatment planned, sustaining the daily life activities and implementing nursing interventions that involve the training of the patient / family are important in minimizing the symptoms.

**Key words:** Radiotherapy, Adverse Effects, Nursing Care

---

<sup>1</sup>Araş.Gör. Atatürk Üniversitesi SBF, Hemşirelik Bölümü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hast. Hemşireliği AbD  
**İletişim/ Corresponding Author: Aslı SİS ÇELİK**  
Tel:0543 466 82 42 e-posta:aslisis@atauni.edu.tr

**Geliş Tarihi/Received :** 25.06.2013  
**Kabul Tarihi/ Accepted:** 28.04.2014

## GİRİŞ

Kanser tedavisinde, cerrahi ve kemoterapinin yanında radyoterapi de oldukça sık kullanılmaktadır. Genel olarak kanserli hastaların %50-60'ının hastalıklarının seyrinde, küratif veya palyatif amaçla, radyoterapiye ihtiyaç duydukları bilinmektedir. Radyoterapinin amacı kanserli hücreleri yok etmektir ancak bu arada tedavi alanı içinde kalan sağlıklı hücreler de etkilenmektedir. Radyoterapi uygulandığında hücrede hasar oluşur. Hasara bağlı hücre ölümü oluşabilir ya da hasar tamir edilir ve hücre yaşamına devam eder. Tümör tedavisinde kaçınılmaz olarak sağlam dokularda tedavi alanına girmekte ve radyasyondan olumsuz etkilenmektedir (1, 2).

Radyasyonun normal dokuya yapacağı hasar birçok faktöre bağlıdır;

- **Tedavi alanının genişliği ve lokalizasyonu:** Alan genişledikçe komplikasyon riski artar. Ayrıca tedavi alanının içinde yer alan kritik organ sayısı ve hacmi arttıkça risk artar.

- **Uygulanacak toplam ve günlük doz miktarı:** Gerek toplam gerekse günlük doz miktarı ne kadar yüksekse, yan etki riski de o kadar yüksek olacaktır.

- **Hastanın yaşı ve genel durumu:** Yaşlı ve direnci düşük hastalarda ve genel durumu bozuk olan hastalarda radyoterapiye bağlı yan etkiler daha çabuk gelişir ve daha problemlili seyreder.

- **Tedavinin kalitesi:** Doğru cihaz seçimi, doğru planlama ve tedavi süresince dikkatli bir takiple yan etki olasılığını en aza indirmek mümkündür.

Genelde, radyoterapi gören hastalarda tedavinin ilk haftasında belirgin hiçbir yan etkiye rastlanmaz. Doza bağımlı olmakla birlikte, ilk şikâyetler yaklaşık birinci haftadan sonra başlar ve bazen bir ömür devam eden hasar oluşturabilir. Hızlı bölünen hücreler, yavaş bölünen hücrelere göre genellikle radyasyona daha fazla duyarlıdır. Bu nedenle radyasyonun akut etkisi hızlı bölünen hücrelere bağlı, kronik etkisi ise yavaş bölünen hücrelere bağlı olarak ortaya çıkar (1-5).

### Akut Yan Etkiler

Radyoterapi uygulanması sırasında ya da radyoterapi bitiminden hemen sonra ortaya çıkan etkilerdir. Bu etkilere özellikle hızlı bölünüp çoğalan hücrelerin bulunduğu doku ve organlarda (gastrointestinal sistem mukozası, kemik iliği, cilt, orofarengeal ve özefagus mukozası) rastlanır. Etkinin şiddeti hücrelerin radyasyon duyarlılığının yanında tedavi tekniği, toplam radyasyon dozu, fraksinasyon özellikleri ve tedavi sahası genişliği ile de ilişkilidir (1,3,6).

## **Geç Yan Etkiler**

Radyoterapiye bağlı olarak oluşan geç etkiler radyoterapinin tamamlanmasından aylar sonra ortaya çıkan etkilerdir. Genellikle yavaş proliferasyon alan hücrelerdeki (sinir sisteminde oligodendroglia, periferik sinir dokusunda schwann hücreleri, böbrekte tubul epiteli, kan damarlarında endotel, ciltte fibroblastlar, kemikte osteoblast ve kondroblastlar) kayıp sonucunda oluşurlar. Geç dönem etkilerin oluşumuna neden olan faktörler; uygulanan radyoterapinin fraksiyon başına düşen dozu ile toplam radyasyon dozudur. Erken dönem etkilerinin aksine bu yan etkiler genellikle kalıcı etkilerdir. GİS yan etkilerine daha sıklıkla tedavi sonrası ikinci yılda rastlanırken üriner kanal komplikasyonları daha sık olarak üçüncü ve beşinci yıllar arası gözlenir. Radyoterapinin geç dönem en ciddi yan etkilerinden biri de radyasyona bağlı ikincil kanserlerdir. Pelvik radyoterapi sonrası geç dönemde oluşan fistülizasyon, stenoz, ciddi kanama ya da ikincil kanserlerin sıklığı tam olarak bilinmese de bu oranın ortalama değeri tedavi sonrasında 5-10 yıl içerisinde yaklaşık %4-8'dir. Radyoterapi alan hastalarda olmayan hastalara göre daha yüksek ikincil kanser insidansı rapor edilmiştir. Bildirilen raporlara göre hastaların yaşam kaliteleri de yan etkilerden şiddetle etkilenmektedir (2,3,6-10).

### **I. Cilt Reaksiyonlarında Hemşirelik Yaklaşımı**

*Radyoterapi uygulamaları başladığında,*

- Cilt bütünlüğünün tanınması,
- Gerekli tedavi alanlarının izlenmesi,
- Cildi koruma ve travmayı azaltmada hasta/aileye eğitim verilmesi,
- Alanın ılık su ile temizlenmesi kuru, yumuşak bir havlu ile ovuşturmadan tampon ederek kurulanması,
- Sabun kullanımından kaçınılması, gereksinim duyulduğunda deodorant ve parfüm içermeyen sabunların kullanılması,
- Cilt üzerine deodorant, parfüm, pudra gibi kozmetiklerin kullanımından kaçınılması,
- Teri emme ve tahriş etmeme özelliğinde olan geniş pamuklu giysiler önerilmesi,
- Kemer, sütyen gibi dar giysilerin giyilmesinin önlenmesi,
- Sıcak termofor ve elektrikli battaniye gibi sıcak uygulamaların yapılmaması konusunda hasta bilgilendirilir (1-3,11-15).

*Kuru desquamasyon geliştiğinde,*

- Kaşıntı ve hassasiyet bulgularının tanılanması,
- Hekim istemi doğrultusunda günde 2-3 kez hidrofolik nemli losyonlar kullanılması,
- Tedavi öncesi ciltten aşan losyonların temizlenmesi,
- Cildin kuru tutulması,
- Soğuk ve sıcak uygulama yapılmaması,
- Dikkatli bir cilt bakımı uygulanması,
- El yıkamanın önemi konusunda hasta eğitimini içerir.

*Yaş desquamasyon geliştiğinde,*

- Serum fizyolojik ile günde 3-4 kez cilt irigasyonu uygulanması,
- Cilde hidrokoloid pansumanların uygulanması,
- Enfeksiyon bulgularının tanılanması,
- Drenajdan kültür alınması,
- Hekim istemi ile analjeziklerin uygulanması,
- Perinede yaş desquamasyon geliştiğinde, oturma banyoları, perianal kompres uygulama girişimlerini içerir.

*Radyasyon tedavisi tamamlandığında;*

- Radyoterapi uygulanan bölgelerin direk güneş ışığından korunması gerektiği,
- Güneş ışığına direk maruz kalındığında yüksek koruyuculu güneş kremlerinin kullanılması,
- Tedavi bölgesinin eritem, ağrı, kuruluk ya da nemli deri döküntüsü açısından değerlendirilmesi ve aksi belirtilmedikçe tedavi bölgesini gösteren çizgilerin silinmemesi,
- Tedavi alanının sıcak değil, sadece ılık suyla temizlenmesi ve daha sonra yumuşak bir havlu ile tampon yapılarak nazikçe, tahriş etmeden kurulanması,
- Tedavi alanına sabun, deodorant, pudra, parfüm, makyaj malzemesi, ağır kokulu losyonlar ve deri kremleri sürülmemesi; gerekmedikçe sabun kullanılmaması,
- Tedavi bölgesi üzerine sıkı giysiler giyilmemesi; ışınlama alanı koltuk altında ise koltuk altı tüylerinin temizlenmemesi,
- Tedavi alanına değiyorsa pamuklu kıyafetler giyilmemesi,
- Tedavi alanındaki tüylerin tıraş bıçağı ya da ağda ile almaktan kaçınılması,
- Tedavi alanına sıcak su termoforu, elektrikli battaniye, sıcak ve soğuk uygulamalar

gibi ısı uygulamaları yapılmaması,

- Tedavi alanının güneş, rüzgâr ve soğuktan korunması konusunda eğitim verilmelidir.

## **II. Yorgunluk Durumunda Hemşirelik Yaklaşımı**

Optimal olarak yorgunluk oluşmadan önce yorgunluk biçimi ve süresi konusunda hasta ve yakınlarına bilgi vermek gereklidir. Eğer yorgunluk meydana gelirse bunun tedavinin bir sonucu olduğu, tedavinin etkin olmadığı veya hastalığın ilerlediği anlamına gelmediği konusunda açıklama yapılmalıdır. Eğitime ek olarak enerjiyi koruma, aktivite yönetimi ve dikkati başka yöne çekme gibi stratejiler konusunda danışmalık yapılmalıdır. Enerjiyi koruma ve aktivite yönetimi, öğrenme ve hastaların bu aktiviteleri yaşam biçimlerine entegre etmelerine odaklanan bir uygulamadır. Enerjiyi koruma hastaların gerekli olmayan aktivitelerini ertelemesini, enerjisinin yüksek olduğu zamanı belirlemesini, enerjisinin yüksek olduğu zamanlarda aktivitelerini gerçekleştirmesini ve dinlenme periyotlarına gün içinde yer vermesini sağlayan bir yaklaşımdır. Hastaların günlük veya haftalık olarak günlük tutması enerjisinin ne zaman pik yaptığını anlamasını sağlamaktadır (1,3-5,15-17).

### *Aktiviteleri Arttırma/Egzersiz*

Kanserli hastalarda tedavi süresince, tedavinin toksik etkileri ve aktivite düzeyinde azalma fiziksel performansın azalmasına neden olmaktadır. Bu nedenle hastalar günlük aktivitelerini yapmak için daha fazla güç ve daha fazla enerji harcamakta ve bu da hastalarda yorgunluğa neden olmaktadır. Egzersiz programı hastanın yaşı, fiziksel aktivite düzeyi, kanser tipi ve evresi, kanser tedavi şekli göz önünde bulundurularak hastaya özgü olmalıdır. Aktif olmayan veya yüksek düzeyde yorgunluk belirten kişiler için egzersiz programları en düşük yoğunluk düzeyinde ve süresinde başlatılmalı, yavaş olarak arttırılmalıdır (3,15-18).

Hastada kemik metastazı, nötropeni, trombositopeni, ateş veya diğer komplikasyonlar olduğu zaman egzersiz çok dikkatli planlanmalı ve izlenmelidir. Egzersizin yorgunluk yönetiminde etkinliğinin incelendiği çalışmalarda egzersizin kanser tedavisi ve sonrasında yorgunluğu azaltmada etkin olabileceği bildirilmektedir. Araştırmalardan genel olarak elde edilen sonuçlar her hafta birkaç kez yapılan egzersizin kanserli hastalarda tedavi sırasında ve sonrasında yorgunluğu azalttığını göstermektedir (3,15-18).

### *Psikolojik Eğitim Yaklaşımları*

Onkoloji hemşireleri tarafından yapılan eğitim, danışmanlık, destek, koordinasyon ve etkin iletişimin kanser tanısı konulmuş hastalarda ağrı, yorgunluk ve toplam semptom yükünü

azalttığı belirlenmiştir. Yorgunluğa yönelik uygulanan fiziksel egzersiz, gevşeme teknikleri, sanat terapisi, akran gruplarla birlikte olma, kanser ve kanserin psiko-sosyal etkileri ve baş etme stratejileri hakkında bilgi verme gibi destek bakım girişimlerinden sonra hastaların yorgunluk durumlarında iyileşme olduğu belirlenmiştir (3,15-17).

#### *Uyku Tedavisi*

Kanserli hastalar uyku biçiminde önemli bozuklukların olduğunu bildirmektedirler. Hem insomnia hem de hipersomnia yaygın olan uyku sorunlarıdır. Uyku kalitesini optimize etmek için gevşeme teknikleri, uykuyu iyileştirme stratejileri (uzun süreli ve öğleden sonra şekerleme yapmaktan sakınma, gerçek uyku saatini belirlemek), davranış değişikliği (uyku saati geldiğinde yatağa gitme, yatak odasını sadece uyku ve cinsel aktivite için kullanma, aynı saatte yatma ve kalkma, kafein kullanımından sakınma ve gece uyarıcı aktivitelerden sakınma) bilişsel duygusal canlılığı azaltma stratejileri (yatağa gitmeden önceden azından 1 saat gevşeme egzersizi yapma) kullanılabilir (11,12).

#### *Beslenme Tedavisi*

Kanserli hastaların çoğunda beslenme durumunda değişiklikler meydana gelmektedir. Beslenme konsültasyonu anoreksiya, diyare, bulantı ve kusmanın neden olduğu beslenme yetersizliklerinin tedavisinde yardımcı olabilmektedir. Yeterli hidrasyon ve elektrolit dengesi yorgunluğun önlenmesi ve tedavi edilmesinde gereklidir. Kanserli hastalar beslenmede zorluk yaşıyorsa, bulantı ve kusma, insomnia veya uzun süreli hareketsizlik varsa, bu durumlar tedavi edilmelidir. Çünkü bu durumlar yorgunluğa neden olabilmekte ve hatta enerji kaynakları ve enerji tüketimi arasında direkt olarak dengesizliğe neden olabilmektedir (1,2,15-17,19,20).

#### *Alternatif Tamamlayıcı Tıp*

Yoga, masaj, gevşeme teknikleri, stresi azaltma girişimleri, akupunktur, duygularını yazarak ifade etme gibi yöntemlerin kanserli hastaların yorgunluğunu gidermede etkili olduğu belirlenmiştir (12,15,21).

### **III. Saç Dökülmesinde Hemşirelik Yaklaşımı**

Saç kaybının etkileri hastalar için çok büyük olabilmektedir. Örneğin bazı kadınlarda, saç kaybı mastektomiden daha fazla kadını etkileyebilir. Kanser tedavileri nedeniyle alopecia gelişen hastalarda, anksiyete, negatif beden imajı, benlik saygısında düşme ve iyilik hissinde

azalma meydana gelebilmektedir. Bu nedenle hastaların yeni görünüşleri ile baş edebilmeleri için uygun hasta eğitiminin yapılması gerekmektedir (1,3,11-13,15).

#### *Hasta eğitim içeriği*

• Özellikle kendine ilişkin duyguları, düşünceleri, kendine bakış şekli konusunda duygularını ifade etmesi için kişi cesaretlendirilmeli,

• Sağlık problemi, tedavisi, ilerlemeler ve prognozu konusunda soru sorması için teşvik edilmeli,

• Doğru/güvenilir bilgi verilmeli ve verilen bilgiler pekiştirilmelidir,

• Aile yakınları fiziksel ve duygusal değişimlere hazırlanmalı,

• Arkadaşlarının ve aile bireylerinin ziyaretleri teşvik edilmeli,

• Arkadaşlarıyla veya aile bireyleriyle ilişki kurması için cesaretlendirilmeli,

• Benzer deneyimleri yaşayan insanlarla bu deneyimleri paylaşma fırsatları sağlanmalı,

• Vücuttaki saçların ya da kılların kaybı durumunda;

a. Kaybın birey ve aile üyeleri için anlamı, kaybın görünürlüğü kaybın fonksiyonu, duygusal değeri ile bağlantı kurarak değerlendirilmeli

b. Bireyin kayba, inkâr, şok, öfke ve depresyon ile tepki verebileceği bilinmeli,

c. Kayba karşı başkalarının tepkilerinin etkisinin farkında olunmalı,

d. Duygularını ve acısını ifade etmek için bireye izin verilmeli,

e. Kişinin olanaklarını ve güçlü yönlerini kişi ile incelenmeli/ortaya çıkarılmalıdır.

• Saç kaybını en aza indirmek için;

a. Yoğun şampuan kullanımından kaçınılması, haftada iki kez kullanılması,

b. Saçın nazikçe kurutulması,

c. Elektrikli saç kurutma makinesi, elektrikli saç kıvrırma aletleri, toka, bant, saç boyası, saç spreyi kullanımından kaçınılması,

d. Saçın bant, toka ya da pens ile çekilmesinin önlenmesi,

e. Geniş dişli tarak kullanılması, kuvvetli fırçalamaktan kaçınılması

f. Saç dökülmesini farklı araçlar kullanarak gizlenebileceği, şapka takılabileceği, eşarp, peruk kullanılabileceği hakkında bilgi verilmelidir.

#### **IV. Trombositopenili Hastaya Hemşirelik Yaklaşımı**

Hastanın aktivite, beslenme, boşaltım ve günlük bakımına yönelik gerekli girişimler ve düzenlemeler yapılarak trombositopeniye bağlı kanamaya neden olabilecek konstipasyon,



düşme, kafa içi basıncın artması gibi durumlar kontrol altına alınarak kanama önlenilmekte ya da riski azaltılabilmektedir. Bu nedenle aşağıdaki girişimlere özen gösterilmesi önemlidir (1,3,11,12,15).

- Hasta yatakta hareket ederken, defekasyon sırasında ve ağır objeleri kaldırırken valsalva manevrasından kaçınılmalı, yaralanmaları önlemek için gerektiğinde aktivite kısıtlanması yapılmalıdır.

- Protein megakaryositlerin çoğalması için gerekli olduğundan yüksek proteinli, yüksek kalorili besinler ve içecekler ile beslenme durumu en iyi şekilde korunmalı ve sürdürülmelidir. Konstipasyon, ıkmaya neden olarak intrakraniyal kanama riskini artırır. Bu nedenle trombositopeni riski olan hasta, posalı yiyecekler ve yeterli sıvı alması yönünde cesaretlendirilmeli ve konstipasyon takibi yapılmalıdır.

- Hastalara tıraş bıçağı yerine elektrikli tıraş makinesi kullanması, cinsel ilişkiden önce su içerikli kayganlaştırıcı kullanması, eğer trombosit sayısı  $50.000 \text{ hücre/mm}^3$ 'ün altına düşerse vajinal travmaya neden olabileceğinden cinsel ilişkiden kaçınması önerilmelidir.

- İntrakraniyal basınç artışını önlemek için sistolik kan basıncı 140 mm/Hg'nın altında tutulmalıdır. Konstipasyonu önlemek için dışkı yumuşatıcı ve laksatifler kullanılmalıdır. Aspirin içeren ilaçların kullanımı engellenmelidir.

- Deri ve mukozal membran bütünlüğünü korumak için, cilt altı enjeksiyonlardan, rektal ısı alma, supozituar uygulama ve kateter yerleştirme işlemlerinden mümkün olduğunca kaçınılmalıdır. Mümkün olduğunca IV yol kullanılmalıdır. Çünkü kas içi ya da deri altı enjeksiyonlar hematoma gelişme riski yaratır ve hastada granülositopenide varsa bu hematoma enfekte olabilir. Eğer kas içi enjeksiyon uygulaması gerekli ise enjeksiyon sonrası enjeksiyon yerine 3-5 dakika basınç uyguladıktan sonra, hematoma önlemek için bası bantları kullanılmalıdır. Vazokontrüksiyon için soğuk uygulama yapılabilir.

- Burun kanamasında vazokontrüksiyon amacı ile buz uygulaması yapılabilir.

## **V. Nötropenili Hastaya Hemsirelik Yaklaşımı**

### *Koruyucu İzolasyon*

İmmun sistemi baskılanmış hastalar için var olan izolasyon önlemlerinin uygulanması önemlidir. Nötropenik hastaların olası enfeksiyonu olan bireylerle temasından ve ziyaretinden kaçınmaları önerilmelidirler. Ziyaretçiler olası üst solunum yolu enfeksiyonu semptomları yönünden taranmalı ve enfeksiyon varsa ziyaret yasaklanmalıdır (1,3,11,12,15).

### *El Yıkama ve Eldiven Kullanımı*

El yıkama enfeksiyonun önlenmesinde en etkili yollardan birisidir. El yıkamadaki en önemli nokta, yıkama sırasında friksiyon hareketi ve sonrası ellerin iyi kurulanmasıdır. Yıkamada hem sabun hem soğuk su veya el dezenfektanı kullanılabilir, eller görünür şekilde kirli ise su veya sabun tercih edilmelidir. Ellerin kurulanması da çok önemlidir, çünkü uygun şekilde kurulanmayan ellerde el yıkamadan sonra mikroorganizmalar kolonize olabilir. Sekresyon veya vücut atıklarıyla temas durumlarında eldiven ve önlük giyilmelidir (11,12).

### *Diyet*

Diyet kısıtlamalarının enfeksiyon riskini azalttığına ilişkin kanıtların eksik olmasına rağmen, son zamanlarda tüm kurumlar hastalarına diyet sınırlaması önermektedirler. En yaygın öneriler pişmemiş ya da az pişmiş etlerden, deniz ürünlerinden, yumurtadan ve iyi yıkanmamış sebze-meyvelerden kaçınılmasıdır (19,20).

### *Çiçek ve Bitkiler*

Çiçek ve bitkilere maruziyetten kaynaklanabilecek olası enfeksiyondan dolayı nötropenik hastaların odasına çiçek ve bitki alınmaması önerilmektedir (11,12).

## **VI. Tat Alma Değişikliklerinde Hemşirelik Yaklaşımı**

*Tat tomurcuklarının duyarlılığını arttırmaya yönelik olarak;*

- Baharatlar ve tatlandırıcılar kullanılabilir.
- Besin aromaları kullanılabilir.
- Yemekle fazla sıvı alımı önerilir.
- Ağız bakımına dikkat edilir.

*Yiyeceklere yönelik olarak;*

- Besinlere daha fazla tatlandırıcı konabilir.
- Etler tatlı sıvılarda bekletilebilir.
- Kolay tolere edilen protein kaynakları tercih edilir.
- Tiksinti yaratan besinlerin koku ve görüntüsünden kaçınılır.

*Tükürük salınımını arttırmaya yönelik olarak;*

- Sıvı alımı arttırılmalı.
- Yumuşak limonlu veya meyveli şeker yenmeli, sakız çiğnenmeli veya pastil emilmeli.
- Alkol ve sigaradan kaçınılmalı.

- Ortam havası nemlendirilmelidir (1,3,11,14,17).

### **VII. Ağız Kuruluğunda Hemşirelik Yaklaşımı**

Radyoterapinin tükürük bezlerini etkilemesi sonucu tükürük yapımının azalması ile ağız kuruluğu ortaya çıkabilmektedir. Tükürük ağız temizlemeye yetmeyecek kadar asit, yapışkan ve koyu kıvamdadır. Tükürüğün ağız içini temizleme, yiyecekleri sulandırma, bakterilerin çoğalmasını etkilemede alkali çevrenin oluşması açısından önemli olduğu bilinmektedir. Ağız kuruluğu gelişen hastalarda debrisin dişlere yapışarak bazı yemekleri yemede zorluk, protez dişleri takmada sorun ve konuşmada güçlükler neden olmaktadır (1, 3, 15).

#### *Hemşirelik Girişimleri*

- Hasta / ailenin bilgilendirilmesi,
- Ağız bakımının öneminin vurgulanması,
- Yemeklerle birlikte sulu yiyecekleri almada cesaretlendirilmesi,
- Limon, gliserin, alkol içeren yiyeceklerden kaçınılmasının önerilmesi,
- Ağız kuruluğunu gideren ticari solüsyonların kullanılması,
- Hasta odasının nemlendirilmesi,
- Bol sıvı alımında cesaretlendirilmesini içerir.

### **VIII. İştahsızlık Yaşayan Hastalarda Hemşirelik Yaklaşımı**

Hem vücutta tümör olması hem de alınan tedaviler iştah azalması, beslenme bozukluğu ve zayıflamaya yol açabilir. Ancak tedavi sırasında kilo kaybı hasta ve doktor tarafından istenmeyen bir durumdur. İştahsızlık durumunda beslenmenin sağlanabilmesi için basit bazı önlemler alınabilir. Hastalık ve tedaviye bağlı (bulantı-kusma, mukozit, ağrı, konstipasyon, diyare, depresyon gibi) yan etkilerin düzeltilmesi ile iştahsızlık giderilmiyorsa farmakolojik olarak tedavi edilmelidir. Farmakolojik tedavi ile birlikte ve sonrasında beslenme desteğinde hemşire, doktor ve diyetisyen birlikte hareket etmelidir.

Beslenme desteğinde ağızdan beslenme yolu ilk ve en uygun seçenektir. Hastanın kendisini normal yaşamın parçası olarak hissetmesini sağlamakta, yemenin anlamını biraz daha anlamasını sağlamaktadır. Sadece tadını almak için veya aç olduğu için değil, beslenmesi gerektiği için iştahı olmasa da yemek yemesi gerektiğini anlaması çok önemlidir. Bu konuda diyetisyenle işbirliği yapılarak, onkoloji hemşiresi tarafından hasta/yakınlarına destek ve eğitim verilmelidir (1,4,5,9,15,20,21).

### *Psikososyal Destek*

Kanser, hasta ve ailesinde kaygı, korku ve ölümü çağrıştıran kronik bir hastalıktır. Hastalıkla beraber yemenin azalması, iştah kaybı ve buna bağlı olarak kilo kaybı, ölüme yaklaşma gibi algılanabilir. Bu durum çatışma yaratabilir ve kilo kaybı genellikle beden imajını olumsuz etkiler. Hastalık ve semptomlar tekrarladığında kişilik değişiklikleri ve aşırı duyarlılık olabilir (22).

Anoreksiya fiziksel bir sebepten olabilirken, hastalığa bağlı depresyon, anoreksi ve kilo kaybının nedeni olabilir.

Hastanın günlük yaşamını sürdürebilmesini desteklemek, iş ve öğrenim gibi sosyal işlevselliğinin hastalık nedeniyle aksamasını önlemek, durumuna karşı gelişen doğal ve duygusal tepkilerin ifade edilip, anlaşılmasına çalışmak, umutsuzluk, değersizlik, suçluluk düşüncelerini denetlemek yararlı olacaktır (11, 12, 22).

### *Egzersiz*

Bazen yavaş aktiviteler 20 dk yürüme ya da yoga gibi aktiviteler iştahı uyarmaya yardımcı olabilir. Bu sorunla baş etmede hastaya haftada 3 kez yürüyüş ya da hafif egzersiz yapması önerilebilir. Bu egzersizler metabolizmayı hızlandıracak ancak enerji tüketimini dengeleyecek egzersizler olabilir. Yatak içinde önkol, dirsek, diz esnetme egzersizleri, otururken; bel, el, kol, bacak ve ayak egzersizleri yapılmalıdır. Beraberinde gevşeme ve solunum egzersizleri de yapılmalıdır. İlk gün 5 dakikalık süre ile başlanarak yavaş yavaş temponun artırılması gerekmektedir. 20-30 dk. süreye kadar bu yürüyüşlerin yapılması önerilebilir (18).

### *Yoga*

Düzgün duruş ve solunum aktivitesini içeren non-aerobik bir egzersiz programıdır. Kanser gibi kronik hastalıkların semptomlarının giderilmesinde yararlı bir yöntemdir. Yoga uygulaması kişinin fiziksel sağlığını, mutluluğunu ve sakinliği geliştirir. Doktora danışılarak yapılabilir (12, 15, 21).

## **IX. Bulantı Kusma Durumunda Hemşirelik Yaklaşımı**

Hasta bulantı ve kusmanın önlenmesine ve azaltılmasına yönelik öz-bakım önlemleri konusunda bilgilendirilmelidir. Hasta olumlu deneyimler yaşadıkça bulantı-kusmasıyla daha iyi baş edebilir. Öz-bakım önlemlerine ilişkin spesifik bilgi sağlamada danışmalık, destek ve interaktif eğitim yöntemleri yada medya (kaset, bilgisayar destekli programlar, telefon gibi)

yoluyla planlı /yapılandırılmış eğitimsel girişimlerin kullanımının etkinliği çeşitli çalışmalarla kanıtlanmıştır. Yapılan bir çalışmada Orem'in Özbakım Modeline temellendirilen hemşirelik girişimlerinin (öz-bakım uygulamalarının öğretimi ve izlemi, yazılı öz-bakım rehberleri, telefon görüşmeleri ve destek grup toplantıları) kemoterapi veya radyoterapi alan kanserli hastalardaki yan etkilere etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada hastaların en fazla mukozit, bulantı-kusma ve enfeksiyonu önlemeye yönelik öz-bakım uygulamalarını kullandıkları ve yaşadıkları sıkıntıyı azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir. Destek grup toplantılarına katılan hastaların genel olarak saç dökülmesi, bulantı, kusma ve yorgunluk için daha fazla sayıda öz-bakım uygulaması yaptıkları görülürken; bulantı için kullandıkları öz-bakım uygulaması sayısındaki artış istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (2-5,10-12,21).

#### *Düşleme, Müzik Tedavisi ve Progresif Kas Gevşeme Yöntemi*

Çeşitli çalışmalarda düşleme, müzik terapisi ve progresif kas gevşeme yöntemlerinin bulantı ya da kusmayı azaltabileceği gösterilmiştir. Bu girişimlerin birçoğu beklentisel bulantı ve kusmanın önlenmesi ve tedavisinde yardımcı girişimlerdir (3,12,15,21).

Bulantı kusmayı azaltmak için diyet girişimlerine ilişkin uzman önerileri şunları içermektedir.

- Az az, sık aralıklarla yemek,
- Antiemetikleri öğünden önce almak,
- Yiyecek kokularını ve odadaki diğer kokuları azaltmak,
- Aşırı yağlı, baharatlı ve tuzlu yiyeceklerden kaçınmak,
- Bulantıyı azaltan ve rahatlatıcı besinleri tüketmek.

#### **X. Diyareli Hastada Hemşirelik Yaklaşımı**

##### *Diyareyle ilgili diyet düzenlemesinde;*

•Baharatlı çiğ sebze, ağır hamur işleri, kızarmış gıdalar, gazlı içecekler, gaz oluşturan gıdalar, kafein içeren besin ve içecekler, alkol, çikolata, baharatlı ve acılı yemekler, sarımsak, hardal, turşu ve alkollü içecekler gibi sindirim sistemini tahriş edecek besinler diyetten kaldırılmalı,

•Yüksek kalorili ve potasyum açısından zengin gıdalar; peynir, yumurta, haşlanmış patates, pirinç lapası, makarna, muz, şeftali, tuzlu ayran, yoğurt alınmalı,

•Vücudumuz için gerekli elektrolitlerin yerine konulması (özellikle sodyum ve potasyum) önemlidir. En az 3 litre sıvı alınmalıdır. Sıvı ihtiyacı için sudan başka et suyu,

elma suyu, üzüm suyu, açık çay, ayran gibi sıvılar da alınmalıdır. Sıvılar oda sıcaklığında ve yavaş içilmelidir (19,20,23).

• Kafeinli ve karbonatlı içeceklerden, üzüm pekmezinden, kahve, koyu çay, alkol, tütün ve tatlılardan uzak durulmalıdır (19,20,23).

• Az ve sık beslenmek, aşırı sıcak ve soğuk besinlerden kaçınmak, süt şekeri laktoza dayanıksızlık durumlarında süt ve ürünlerini besine dahil etmemek gerekir.

• Ancak ağızdan besin alınamayan ve ishalin devam ettiği dönemlerde mutlaka damardan yeterli sıvı takviyesi gereklidir. Eğer ishal günde 6-8 kereyi aşar ve karında kramp tarzı ağrılar 2 günde fazla sürerse doktora bildirilmelidir (3-5).

### **XI. Sistitli Hastalarda Hemşirelik Yaklaşımı**

Mesanenin radyasyona maruz kalması sonucu gelişen ve sistit adı verilen iltihabi durum sık sık idrara çıkma, idrar yaparken yanma tarzında ağrı gibi yakınmalara yol açabilir (3-5,9,15,24).

- Düzenli böbrek fonksiyon testleri takibi yapılmalı,
- Bol sıvı alımı sağlanmalı,
- Aldığı-çıkardığı sıvı takibi, ödem takibi yapılmalı,
- Gerekirse doz azaltılması yapılmalı,
- Nefroloji konsültasyonu istenmelidir.

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Günümüzde birçok kanser tedavisinde radyoterapi kullanılmaktadır. Her ne kadar güvenilirlikle kullanılsa da tüm tedavi yöntemlerinde olduğu gibi radyoterapinin de yan etkileri vardır. Radyoterapi uygulamaları sonucu gelişebilecek yan etkilerin bilinmesi ve önlenmeye çalışılmasının, yan etkilere yönelik uygun bakımın sağlanmasının semptomları en aza indirmede ve yaşam kalitesini yükseltmede önemli olduğu bilinmektedir.

### **KAYNAKLAR**

1. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Sistem Ofset, Ankara-2004. ss:80-295.

2. Ertem G, Kalkım A ve ark. Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2(2): 4-12.
3. Özbaş A. Radyoterapi Sonucu Gelişen Semptomlarda Bakım. İ.Ü.F.N. Hem. Derg 2003; 13 (50): 57-73.
4. Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 3 (2): 18-26.
5. Usta Yeşilbalkan Ö, Durmaz Akyol A ve ark. Kemoterapi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21 (1): 13-31.
6. Pınar G, Algier LA ve ark. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. UHOD 2008;18 (3): 141-9.
7. Reis N, Coşkun A ve ark. Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniv. HYO Dergisi 2006; 9 (2): 25-35.
8. Wenzel L, Vergote I and et al. Quality Of Life In Patients Receiving Treatment For Gynecologic Malignancies: Special Considerations for Patient Care. Int J Gynaecol Obstet 2003; 83(1): 211-29.
9. İrdesel J. Kanser Hastalarında Geç Komplikasyonlar, Cerrahi, Kemoterapi ve Radyoterapiye Bağlı Sorunlar. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2006; 2 (10): 59-64.
10. Dirier A, Andiç F. Radyoterapiye Bağlı Sekonder Maligniteler. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010; 30 (2): 746-9.
11. Ünsar S, Yıldız Fındık Ü ve ark. Kanserli Hastalarda Evde Bakım ve Semptom Kontrolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2 (5): 89-106.
12. Strasser F, Sweeney C and et al. Impact Of A Half-Day Multidisciplinary Symptom Control and Palliative Care Outpatient Clinic In A Comprehensive Cancer Center On Recommendations, Symptom İntensity, and Patient Satisfaction. J Pain Symptom Manage 2004; 27(6): 481-91.
13. Memiş S. Radyoterapide Hasta ve Hemşire Eğitimi. İ.Ü.F.N. Hem. Derg 2002;12(48):82-5.
14. Tubiana M. Can We Reduce The Incidence Of Second Primary Malignancies Occurring After Radiotherapy? A critical review. Radiother Oncol 2009; 91(1): 4-15.

15. Can G. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul-2010.ss.19-143.
16. Karakoç T. Kanser Hastalarında Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3 (8): 99-113.
17. Molassiotis A, Chan CW. Fatigue Patterns In Chinese Patients Receiving Radiotherapy. Eur J Oncol Nurs 2004; 8 (4): 334-40.
18. Aghili M, Farhan F and et al. A Pilot Study Of The Effects Of Programmed Aerobic Exercise On The Severity Of Fatigue İn Cancer Patients During External Radiothreapy. Eur J Oncol Nurs 2007; 11 (2): 179-82.
19. McGough C, Baldwin C and et al. Role Of Nutritional İntervention In Patients Treated With Radiotherapy For Pelvic Malignancy. Br J Cancer 2004;90(12): 2278-87.
20. Hopancı Bıçaklı D. Kanser Ve Beslenme Yaklaşımı. Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics 2012; 5 (1): 64-8.
21. Algier LA, Hanoglu Z and et al. The Use Of Complementary and Alternative (Non-Conventional) Medicine İn Cancer Patients In Turkey. Eur J Oncol Nurs 2005; 9 (2): 138-46.
22. Özbek Ö, Özşenol F ve ark. Radyoterapi Uygulanan Kanser Hastalarının Psikososyal Yönden Değerlendirmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2003; 23 (3): 189-94.
23. Ertem G. Kanser Hastalarında Beslenme ve Hemşirelik Yaklaşımı. Dirim Tıp Gazetesi 2008; 83: 56-63.
24. Kamer S, Akagündüz Ö ve ark. Radyoterapi İle Tedavi Edilen Jinekolojik Tümör Tanılı Olgularda Alt Üriner Sistem Enfeksiyonları ve İlişkili Bulgular. Türk Onkoloji Dergisi 2008; 23 (4): 172-5.



## AHLAKİ GELİŞİM VE HEMŞİRELİK

Gülay İPEK ÇOBAN<sup>1</sup>,Sinem TÜRER<sup>2</sup>

### ÖZET

Ahlak gelişimi alanında literatürde yer alan bilgiler çoğunlukla Piaget ve Kohlberg'in kuramlarına dayanmaktadır. Ahlak gelişimi; bireyin toplumda etkin bir şekilde kullanacağı bir değerler sistemini oluşturma sürecidir. Hemşirelik bakımı, ahlaki gelişimle şekillenir ve bu gelişim profesyonel hemşirelerin karar verme, ahlaki davranış etik muhakeme ve karar verme yeterliliğini geliştirmesi için esastır.

**Anahtar kelimeler:** Hemşirelik; Ahlaki Gelişim, Etik

## MORAL DEVELOPMENT AND NURSING

### ABSTRACT

Most of the information in the moral development literature depends on Theories of Piaget and Kohlberg. Moral development is a process of creating a system of values that person can effectively use in society. Nursing care is formed by moral development, and it is essential that professional nurses have a well developed ability for moral behaviour, ethical reasoning and decision making.

**Keywords:** Nursing; Moral Development, Moral

---

1.Yrd. Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları AD

2. Hemşire, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

**İletişim/ Corresponding Author: Gülay İPEK ÇOBAN**

Tel: 0442 231 57 67 e posta: laypek\_6@hotmail.com

**Geliş Tarihi / Received: 02.10.2013**

**Kabul tarihi/ Accepted: 28.04.2014**

## **GİRİŞ**

Son yıllarda ahlaki gelişim ve ahlak eğitimi, psikoloji, felsefe, eğitim ve sağlık bilimleri gibi alanların en önemli ve gündemde konularından biri haline gelmiştir. Bunun küresel gelişmelerle olduğu kadar Türkiye'deki hızlı dönüşüm süreci ile de yakından ilişkisi bulunmaktadır. Sağlık sisteminde amaçlanan dönüşümler ve yaşanan olumsuzluklar toplumsal yapı üzerinde de etkili olmuş ve sağlık çalışanlarının ahlaki yapısının incelenmesini gündeme getirmiştir.

Hemşirelik, toplumun sağlık bakım gereksinimlerine cevap verme sorumluluğuna sahiptir. Bugün hemşirelerin kaliteli sağlık-bakım hizmeti sunmalarını engelleyen bazı etkenler bulunmaktadır. Bunlar; farklı düzeylerde olan hemşirelik eğitiminin yetersizliği, hemşireliğin iyi tanımlanmış bir disiplin olmaktan yoksun oluşu, sağlık hizmetlerinin dağılımında kurumsal bürokrasinin etkin rol oynaması ve hekim - hemşire ilişkilerindeki çatışmaların sürmesidir. Bu ve benzer nedenlerle hemşirelerin etik ödevlerini layıkıyla yerine getirememesi, araştırmacıların ahlak ve ahlaki gelişim konularına olan ilgilerinin artmasına neden olmaktadır.

### **I. AHLAK KAVRAMI**

Ahlak, Arapça "hulk" veya "huluk" kelimesinin çoğulu olup Türkçede tekil olarak kullanılır. Kelime anlamı ile tabiat, huy, karakter, hal ve hareket tarzı gibi anlamlara gelir. Türkçede ise ahlak, insanın başka varlıklarla belirli normlara göre gerçekleşen ilişkiler toplamını, insanın söz konusu ilişkileriyle bu varlıklara yönelen eylemlerini düzenleyip anlamlandıran norm, ilke, kural ve değerler bütünüdür (1).

Ahlak; toplumun içinde kişilerin benimsedikleri, uymak zorunda oldukları davranış biçimleri ve kurallardır. Aynı zamanda insan ilişkilerinde “doğru” ya da “yanlış” veya “iyi” ya da “kötü” olarak adlandırılan değer yargılarıdır. Ahlakın yabancı dillerdeki karşılığı olan “moral” sözcüğü, Latincedeki “moralis” sözcüğünden gelmektedir (2).

Kohlberg'e (1984) göre ahlak, “hak-haksızlık, doğru-yanlış, iyi-kötü konularında bilinçli yargılama ve karar vermeyi ve bu karar doğrultusunda davranışta bulunmayı kapsayan türe özgü bilişsel bir yapıdır. Bir başka deyişle, bilişsel bir yetenek olan ahlak, bireyin kendisinin belirlediği ve aynı zamanda evrensel ilkeler ile örtüşebilecek düzeydeki ilkelere göre yargıda bulunma, kararlar alma ve bu doğrultuda da davranabilme yeteneğidir (3).

Güngör'e göre (2003), ahlak nedir sorusuna üç biçimde yanıt aranabilir:

- 1) Doğruyu yanlıştan ayırt etmek,
- 2) Bu ayrıma göre davranmak,
- 3) Erdemli davranışlarla onur duygusu yaşamak ve insanın, ölçütleri çiğneyen eylemleri için suçluluk veya utanç duyma yeteneği, anlamlarına gelmektedir (4).

Ahlaklılık (morality), “iyi” ve “kötü” arasındaki ayırımla ilgilidir. Ahlak, genellikle bireylerin ne “yapmaları” ve ne “yapmamaları” konusundaki kuralları ifade eder. Ancak, “ahlaki” değer veya davranışlardan söz ettiğimizde, genellikle “iyi” olarak gördüğümüz değerleri veya bireyin “nasıl davranması gerektiğini” kastederiz (5).

## II. AHLAK GELİŞİMİNİN TANIMI

Ahlak gelişimi, bireyin toplumun değer yargılarını benimseyerek içinde bulunduğu çevreye uyumunu ve kendi ilke ve değer yargılarını oluşturmasını amaçlayan bir süreçtir. Bireyde küçük yaşlardan başlayarak toplum tarafından beğenilen, kabul edilen doğru davranışları yapmasıdır (2).

Senemoğlu, ahlak gelişimini “toplumun tüm değerlerine kayıtsız şartsız edilgin bir uyumu değil, topluma etkin bir uyumu sağlamak için değerler sistemi oluşturma” biçiminde tanımlamıştır (6). Ahlak gelişimi toplumun tüm değerlerine kayıtsız şartsız uymak değil, toplumsal uyum için değerler sistemi oluşturma sürecidir. Ahlaki gelişim kişilik gelişiminin en önemli öğelerinden biri olup, bireyin toplumsallaşma süreci içinde, neyin iyi neyin kötü olduğu konusunda bir bilinç geliştirmesi ile ilgilidir. Ahlaki gelişimle birlikte kişinin, toplumun kuralları ve gelenekleri çerçevesinde kendisini denetleyebilmesi gerekir (6).

Ahlak gelişimini, bireylerin kendini gerçekleştirme düzeyleri ile de ilişkilendirmek mümkündür. Ahlaki gelişimde üst evrede olan bireylerin, kendini gerçekleştirme açısından da üst aşamalarda bulunacakları varsayılabilir. Kendini gerçekleştirmiş insanların özelliklerinden olan, kendini özgür hissetme, sorumluluk alabilme, problem merkezli olabilme, kişisel prensip ve idealler doğrultusunda düşünme/davranma, akılcı yöntemler ile kararlar alma, kişilerarası ilişkilere girebilme eleştirel düşünme gibi özellikler, ahlaki gelişim aşamalarından son evrelere ulaşan bireylerin de özellikleri olarak sayılabilir. Bu özelliklere sahip hemşirelerin verdikleri bakımın daha kaliteli olacağı yadsınamaz bir gerçektir.

Ülkemizde sağlık çalışanlarının özellikle de hemşirelerin ahlaki konularda birçok sorun yaşadığı söylenebilir. Ancak yaşanan bu sıkıntılara rağmen ahlaki gelişim kavramının henüz Türk Literatürü’nde ele alınmadığı görülmektedir.

### III. AHLAKİ GELİŞİM KURAMLARI

Psikoloji bilimi çerçevesinde ahlak gelişimi ile ilgili ilk bilimsel yaklaşımlar, Sigmund Freud ve Jean Piaget tarafından 20. yy başlarında geliştirilmiş; daha sonra Davranışçı Psikoloji ve Sosyal öğrenme kuramları da ahlaki gelişim alanına değinmişlerdir.

Ahlak gelişimi ile ilgili farklı bilimsel yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar;

1. Psikanalitik yaklaşım
2. Davranışçı yaklaşım
3. Sosyal öğrenme yaklaşımı
4. Bilişsel gelişim yaklaşımıdır.

Ahlak gelişimi alanında literatürde yer alan bilgiler çoğunlukla Piaget ve Kohlberg'in kuramlarına dayanmaktadır (7,8,9). Gelişim psikolojisine kazandırdıkları önemli kavramlarla karşımıza çıkan Jean Piaget ve Lawrence Kohlberg ahlak gelişimini bilişsel gelişim açısından ele almışlardır. Piaget, çocukları gözlemleyerek bilişsel bir gelişim kuramı geliştirmiştir, bu kuram geçmişten günümüze de oldukça ilgi görmektedir.

Kohlberg'in kuramına eleştiri yönelten kuramcıların başında Carol Gilligan gelmektedir. Carol Gilligan; Erikson, Piaget ve Kohlberg'in görüşlerinden etkilenerek bir kuram geliştirmiş olmakla beraber; Freud'la başlayan gelişim kuramlarının erkeklere odaklanmasını bir problem olarak tanımlamış, yaptığı çalışmalarla ahlak gelişiminde kadınlar ve erkeklerin önemli ölçüde farklılaştıklarını göstermiştir (10).

Kohlberg'in kuramına dayanan çalışmalar, daha çok batılı kültürlerin daha üst ahlaki evrelere ulaştığına ilişkin kanıtlar ortaya koyarken, Türkiye'de ve ABD'de yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada Kuyel ve Glover (2010) Türk üniversite öğrencilerinin ABD'li öğrencilere göre daha üst ahlak gelişimi evrelerinden yanıtlar verdiğini ortaya koymuştur. (11). Benzer bulguların Hindistan ve ABD için de bildirildiği görülmektedir (12).

Kohlberg ahlaki gelişimi üç dönemde incelemiştir. Her düzey de kendisi içinde ikiye ayrılır. Gelenek öncesi düzey, geleneksel düzey, geleneksel sonrası düzey (13,14,15).

**A. Gelenek Öncesi Düzey:** Dışa bağımlılık vardır, olayları sonuçlarına göre değerlendirir ve cezadan kaçınır. Ödül getiren davranış iyi, ceza verilen davranış suçtur.

1.Aşama: Ceza ve İtaat Eğilimi; Sadece otoriteye uyar ve cezalandırılmaktan kaçır. Cezadan kaçındığı için kurallara uyar. Olayların sonucuna göre değerlendirme esastır. Niyet önemli değildir.

2.Aşama: Saf Çıkarıcı; Çocuğun kendi ihtiyaç ve isteklerinin karşılanması önemlidir. Ödüle ulaşmak(kendisi) için kurallara uyar. Çıkarıcılık ön plandadır. Hep kendisi ön plandadır.

**B. Geleneksel Düzey:** Birey için aile, grup ve ulusun beklentileri her şeyden önemlidir, otoritenin kuralları kabul edilir, sorgulanmaz ve empati gelişir.

3.Aşama: Kişiler Arası Uyum Eğilimi; Akran gruplarıyla işbirliği gözlenir. İyi davranış demek, başkalarına yardım etmek ya da onları mutlu etmektir. Kurallara sadece ceza yada kendisi için değil aynı zamanda başkalarını mutlu etmek için yapmaya çalışır.

4.Aşama: Kanun ve Düzen Eğilimi; Akran gruplarının kurallarının yerini, toplumun kuralları ve kanunları almıştır. Kanuna, düzene uyma eğilimi vardır. Kanunlar soru sorulmaksızın izlenir.

**C. Gelenek Sonrası Düzey:** Kişi toplumu ve kanunları aşmış, akli ve mantığı ile gerçekçi olmaya yönelmektedir. İnsan haklarının gözleendiği ve evrensel değerlerin benimsendiği dönemdir. Kohlberg'in ahlak anlayışına göre gelişimin en üst noktasını gelenek ötesi düzey oluşturur.

5.Aşama: Sosyal Sözleşme Eğilimi; Yasalar toplum yararına olmalıdır. Kurallar toplum yararına değiştirilebilir. Kanunlar, sosyal düzeni korumak, temel yaşama ve özgürlük haklarını güvence altına almak için gerekli görülmektedir.

6.Aşama:Evrensel Ahlak İlkeleri Eğilimi; Birey, tüm insanlar eşittir düşüncesine sahiptir. İnsan hakları ve evrensel değerler temel ölçüdür. Bu ilkeleri ihlâl eden kanunlara, uyulmamalıdır.

Kohlberg'e göre, insanların büyük çoğunluğu ahlaki olgunluk düzeyi bakımından ikinci ahlaki gelişim düzeyi olan "geleneksel ahlak" düzeyinde bulunurlar ve çok az insan en yüksek ahlaki olgunluk düzeyi olan üçüncü düzey, yani "gelenek sonrası" ahlak düzeyine geçebilirler (8,14).

### **III. HEMŞİRELİK VE AHLAKİ GELİŞİM**

Hemşirelerde ahlaki gelişim, hemşirelerin amaç ve hedeflerini yerine getirmeleri ve hemşirelik uygulamalarının en az hata ile olabildiğince düzenli olarak yürütülebilmesi için gerek bireysel gerekse toplumsal gereksinimlerin verimli ve sürdürülebilir karşılanmasında çok önemli bir unsurdur. Özellikle de sağlık sektöründeki hizmeti gören ve görülenin insan

olması, hemşirelerin karar verme ve harekete geçmede hastaların sorumluluğunu tek başına almaları bu sektördeki profesyonel tutumu, ahlak gelişimini daha acil ve önemli kılmaktadır (16).

Ahlaki gelişim ile ilgili literatürde, ahlaki gelişim basamaklarını etkileyebilecek bazı önemli değişkenlerin bulunduğu iddia edilmektedir. Bu değişkenlerin başında yaş, cinsiyet ve eğitim durumu ve ekonomik durum gelmektedir (17-21). Bu değişkenler açısından hemşirelik ve ahlaki gelişimi inceleyelim;

#### **A. Yaş**

Yaş, bilişsel gelişim ve dolayısıyla da ahlaki gelişim için gerekli bir şarttır. Thoma ve Bebeau (2000), binlerce kişilik örneklemelerden elde edilen araştırma sonuçlarını incelediklerinde, yaşın ahlaki gelişimde çok önemli bir etken olduğunu ifade etmektedirler. (18).

Bore, Mumra, Kerridge, Powis (2005), 7864 öğrenci üzerinde yaptıkları çalışmalarında, cinsiyet, yaş, kültür ve eğitim değişkenlerinin ahlaki yargıya etkisini incelemiştir. Araştırma sonucunda, yaşı daha ileri olan öğrencilerin, daha yüksek düzeyde ahlaki yönelime sahip oldukları bulunmuştur (20).

Günümüzde sağlık meslek liselerinin hala öğrenci alıyor olması ve buna ilaveten özel sağlık meslek liselerinin hızlı bir şekilde çoğalması nedeniyle çocuk denecek yaştaki bireylerin hemşirelik yapması söz konusudur. Türkiye genelinde Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı 341 sağlık meslek lisesi bulunurken, dört yıl önce 1 olan özel sağlık meslek lisesi sayısı ise bugün 166'ya ulaşmış durumdadır (MEB 2013.) Sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin bilişsel ve ahlaki gelişimleri üzerine Türkiye'de yapılmış bir çalışmaya rastlanmamakla beraber ahlaki gelişimlerinin ileri düzeyde olduğunu söylemek mümkün değildir (22).

#### **B. Cinsiyet**

Ahlaki gelişimle ilişkisi üzerine çok fazla çalışılmış olan bir başka değişken ise cinsiyettir. Cinsiyetle ahlaki gelişim arasındaki ilişkiye dair farklı yönde bulgular elde edilmiştir. Stephens (2009) cinsiyetler arasında ahlaki gelişim açısından anlamlı bir farka rastlamazken diğer bazı çalışmalarda ise kadınlar erkeklerden ahlaki gelişim bakımından daha üst basamaklarda yer almışlardır (18,23,24). Gump ve Baker (2000), ahlaki gelişim konusunda Kohlberg'in teorisinin, "adaleti" kişiler arası ilişkilerden çok, gelişimsel olarak

ilerleyen bir özellik biçiminde ele aldığını ve ahlaki ölçümlerde, erkeklerin kadınlardan daha yüksek puanlar aldığını belirtmektedir. Gilligan bu durumu, kadınların ikilemlerde daha çok “ilişkilere” (care) önem verdiğini; erkeklerin ise, “adalete” (justice) önem verdiğini belirterek açıklamaktadır. Türkiye’de son yıllarda mesleğe erkeklerin alınması ile cinsiyete ilişkin ahlaki gelişim açısından oluşabilecek bu tür farklılıklar önlenerek denge sağlanmıştır (25).

### **C. Eğitim**

Eğitim, bireylere, olaylara daha geniş açıdan bakmayı, sorunların çözümünde, bilinen yolların ötesinde, başka çözüm yollarının olabileceğini öğretir. Bireyler, eğitimle, kendi değerlerinin ötesinde, farklı değerlerin bulunabileceğini, olaylara farklı açılardan yaklaşılabilirliğini öğrenir. Literatürde genel olarak eğitim seviyesi arttıkça anlamlı bir şekilde ahlaki muhakemenin de pozitif yönde arttığı savunulmaktadır (17,26).

Hemşirelik eğitimi değerlendirilirken, bu eğitimin yapısına uygun olarak; müfredat içeriğinin niteliğine, nasıl düzenlendiğine ve öğrencilerin bilgileri nasıl işleyip değerlendireceklerine önem vermek gerekmektedir. Eğitim sonucunda öğrencilerde oluşan davranışların, eğitim hedefleri ışığında dikkatle değerlendirilmesi, topluma ulaştırılacak sağlık ve hemşirelik bakımının niteliği ile çok yakından ilişkilidir. Ancak, hemşirelik eğitimi, en gelişmiş olduğu düşünülen okullarda dahi istendik düzeyde sürdürülememektedir. Dünya Sağlık Örgütü, herkese sağlık stratejileri doğrultusunda hemşirelik eğitiminin güçlendirilmesini, değişen sağlık bakım gereksinimlerini karşılamak için eğitim programlarının gözden geçirilmesini önermektedir (27).

Ersoy’un “Hemşirelik ve Etik ” başlıklı makalesinde ‘hemşireler etik eğitimi sayesinde kendilerini hastalarına karşı daha sağduyulu, daha sorumlu, sonuç olarak kendilerini daha mutlu hissedecekler’ ifadesine yer verilmiştir (28). Erdemir ve arkadaşlarının (2001) hemşirelikte etik öğretimi konulu makalesinde de kısa süreli bir kurs programı sonucunda katılımcıların elde ettikleri kazanımlar, ön ve son testler arası farka dayalı olarak gösterilmiştir (29). Hemşirelikte ahlak ve etik eğitimi ülkemizde genelde üçüncü sınıfta haftada iki saat hemşirelik tarihi içinde deontoloji ağırlıklı olarak verilmektedir. Hemşirelerin aldıkları bu eğitim ile ahlaki gelişim konusunda istendik düzeyde bilgi sahibi olmaları ve bu anlamda kendilerini geliştirmelerini beklemek doğru olmaz.

#### **D. Ekonomik durum**

Ekonomi ve ahlak, karşılıklı olarak birbirini etkileyen iki sistemdir. Ekonomi, ahlak normlarının gelişmesine katkıda bulunur. Üretim-tüketim, mal ve hizmet alış-verişi, işbirliği ve işbölümü gibi ekonomik ilişkiler, bireylere farklı ahlaki amaç ve ilkeler arasında seçim imkânı sunarak daha kalıcı ve daha işlevsel ahlaki değerlerin oluşmasına zemin hazırlar. (30). İnsanlar tarafından daha çok kabul gören ahlaki değerler, toplumda yerleşip yaygınlaşırken diğerleri elenir (31). Ekonomik güçlükler nedeniyle bireysel ve toplumsal huzursuzluklar, hırsızlık, gasp, dolandırıcılık, rüşvet, zimmet, şiddet, intihar gibi ahlak dışı davranışlar ortaya çıkmaktadır. Kohlberg'in araştırmalarında kullandığı Heinz'in ilaç çalma öyküsünde; Kohlberg Heinz ilacı çalmalı mı? çalmamalı mı? sorusunun cevabının doğru ve yanlışlığı ile ilgilenmekten çok cevabın arkasında yatan nedenlerle ilgilenmiştir. Hemşirelerin bu tür etik ikilemlerde verdiği kararlar onların ahlaki gelişim düzeyleri ile ilişkilidir.

Günümüzde hemşirelerin ekonomik durumlarına bakıldığında; Metin ve Gök Özer'in (2007) yaptığı bir çalışmada hemşirelerin %50'sinin aldığı ücreti yetersiz bulduğu belirlenmiştir (32). Taycan ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmada hemşirelerin % 29.3' ü aylık gelirini yetersiz, % 59.9'u ise kısmen yeterli olduğunu belirtmiştir (33). Duygulu ve Korkmaz'ın (2008) yaptığı bir araştırmada hemşirelerin yaklaşık yarısının hemşirelik mesleğini seçmiş olmaktan dolayı memnun olmadığı ve bu durumun nedenlerinin başında ekonomik nedenlerin yer aldığı belirtilmiştir (34). Harmancı Seren ve arkadaşlarının (2013) "Hemşirelerin meslekleri ile ilgili sıklıkla yaşadıkları sorunlar ve önem düzeyleri" başlıklı çalışmalarında hemşirelerin % 64.9'unun ücretinin düşük olduğunu belirttikleri saptanmıştır (35).

#### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Ahlaki Gelişim, kişilik gelişiminin en önemli parçasıdır. Çünkü bireyin "Toplumsallaşma Süreci" içerisinde neyin ne olduğu ve uygun kabuller konusunda bir bilinç gerçekleştirmesi ile ilgilidir. Ahlaki gelişimin en önemli unsurları: kişinin sorumluluk sahibi olduğu çevresine ve topluma karşı yani iletişim içerisinde olduğu evrene karşı kendisinin ne kadar denetleyebildiği ve sorgulayabildiğidir. Bu bağlamda ahlaki gelişim insana hizmet veren kutsal mesleklerden biri olması itibariyle hemşirelik için oldukça önemlidir. Ahlak gelişim konusunda, hemşirelikte farklı değişkenleri inceleyen kuramsal ve uygulamalı, karşılaştırılmalı araştırmalar yapılmalıdır. Hemşirelik eğitiminde ahlaki gelişime katkıda bulunabilecek derslerin artırılması ve geliştirilmesi gereği vardır.



## KAYNAKLAR

1. Cevizci A. Etiğe Giriş, İstanbul. Paradigma Yayınları, 2002.ss:3-10.
2. Çırak G. Üniversite Öğrencilerinin Ahlaki Yargı Yetenekleri ve Ahlaki Yargı Yetenekleri ile Kendini Gerçekleştirme Düzeylerinin Karşılaştırılması. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Adana, 2006.
3. Krebs DL, Denton K. The Forms and Functions of Real-Life Moral Decision-Making. *Journal of Moral Education*, 1997;Vol.26(2): 131-146.
4. Güngör A. Gelişim ve Öğrenme. İkinci Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık, 2003.ss:5-20.
5. Hinde RA. Why Good is Good: The Source of Morality. Routledge, USA, 2002.
6. Senemoğlu N. Gelişim Öğrenme ve Öğretim. Ankara, Gazi Kitapevi, 2002.ss:6-21.
7. Jorgensen G. Kohlberg and Gilligan: duet or duel? *J Moral Educ.* 2006;5:179–196.
8. Söderhamn O, Bjornestad J, Skisland A, Cliffordson C. Construct Validity of the Moral Development Scala for Professionals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare.* May 2011;4: 165-170.
9. Çam Z, Çavdar D, Seydooğulları S, Çok F. Ahlak Gelişimine Klasik ve Yeni Kuramsal Yaklaşımlar. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri.* 2012;12(2):1211-122.
10. Austrian SG. Adolescence In SG. Austrian Ed. Developmental theories through the life cycle, New York, Columbia University Press, 2008;79-131.
11. Kuyel N, Glover RJ. Moral Reasoning and Moral Orientation of U.S. and Turkish University Students. *Psychological Reports*, 2010;107 (2): 463-479.
12. Miller JG. Insights Into Moral Development From Cultural Psychology. In M. Killen & J. Smetana (Eds.), *Handbook of Moral Development.* London, Lawrence Erlbaum Associates, 2006;375-398.
13. Gültekin F. Psikoloji, Rehberlik ve Psikolojik Danışma, Sosyal Hizmet Öğrencilerinin Ahlaki Yargı Yeteneklerinin İncelenmesi. *International Online Journal of Educational Sciences.* 2011;3(1): 220-244.
14. Moller S. Moral Development, Why Care?. Aalborg Universitet, Institut for Kommunikation. Martch 2009;79-97.
15. Fleming J, Piaget, Kohlberg, Gilligan, and Others on Moral Development. Copyright. 2006:1-25.
16. Tanrıverdi H, Adıgüzel O, Özkan D. Mesleki Profesyonellik ve Bir Meslek Mensupları Olarak Hemşireler Örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi* .2011;239-259.

17. Rest JR, Narvaez D, Thoma SJ, Bebeau MJ. A Neo-Kohlbergian Approach to Morality Research. *Journal of Moral Education*, 2000;29(4): 381-395.
18. Bebeau MJ. The Defining Issues Test and The Four Component Model: Contributions to Professional Education. *Journal of Moral Education*, 2002;31(3): 271-295.
19. Snıras S, Malinauskas R. Moral Skills of School Children. *Social Behavior, Personality: An International Journal*, 2005;Vol. 33(4): 383-390.
20. Bore M. Mumra D. Kerridge L. Powis D. Selection of Medical Students According to Their Moral Orientation. *Medical Education*, 2005;Vol. 39(3): 266-275.
21. Stephens DG. A Correlation Study on Parental Attachment and Moral Judgement Competence of Millennial Generation College Students, Unpublished Doctoral Dissertation, The Graduate College at the University of Nebraska, Lincoln, Nebraska. 2009.
22. MEB. Salman U.A. [umay.aktas@radikal.com.tr](mailto:umay.aktas@radikal.com.tr) / Arşivi. Erişim tarihi: 25.09.2013.
23. Gibbs JC, Basinger KS, Grime RL, Snarey JR. Moral Judgement Development Across Cultures: Revisiting Kohlberg's Universality Claims. *Developmental Review*, 2007;27:443-500.
24. Tolunay A. The Relationship Between Religiosity, Dogmatism and Moral Reasoning, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Boğaziçi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2001.
25. Gump L, Baker RC. Culturel and Gender Differences in Moral Judgements: A Study of Mexican Americans and Anglo-American. *Hispanic Journal of Behavioral Science*, 2000;Vol, 22(1): 78-93.
26. Rest JR, Narvaez D, Bebeau MJ, Thoma SJ. A Neo-Kohlbergian Approach: The DIT and Schema Theory. *Educational Psychology Review*, 1999;11(4): 291-324.
27. Simpson E, Courtney M. Critical Thinking in Nursing Education, Literature Review. *International Journal of Nursing Practice*, 2002;8: 89-98.
28. Ersoy N. Hemşirelik ve Etik, *Hemşirelik Forumu*, 1998; 1(2): 83-87.
29. Erdemir F, Algier L, Kadioğlu S, Abbasoğlu A, Burkaş U. Hemşirelikte Etik Öğretimi, Bir Deneyim Paylaşımı. Arda B, Akdur R, Aydın E. II. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiri Kitabı. Ankara, Biyoetik Derneği Yayınları, 2001;309-316.
30. Özen Y. Etik mi? Ahlak mı? Modernite mi? Medeniyet mi?. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. Nisan 2011;63-87.

31. Demir Ö. İktisat ve Ahlak. Ankara, Liberte Yayınları, 2008;228.
32. Metin Ö, Gök Özer F. Hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007;10(1): 58-66.
33. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi Anatolian Journal of Psychiatry, 2006;7:100-108.
34. Duygulu S, Korkmaz F. Hemşirelerin Örgüte Bağlılığı, İş Doyumları ve İşten Ayrılma Nedenleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008, 12(2): 9-20.
35. Harmancı SA, ve Ark. Hemşirelerin Meslekleri ile İlgili Sıklıkla Yaşadıkları Sorunlar ve Önem Düzeyleri, Sağlıkla Hemşirelik Dergisi Mayıs 2013;44-46.

## NÖRO-ONKOLOJİ HEMŞİRESİNİN ROLLERİ

Şenay KARADAĞ-ARLI, Aysel GÜRKAN

### ÖZET

Nöro-onkoloji hastaları çoğunlukla iyileşme şansı düşük ve kötü prognozu olan bir hastalıkla karşılaşmaktadırlar. Bu makalede, nöro-onkoloji hastalarının hastalıkla mücadele etmeleri sürecinde, hastanın takip ve bakımında önemli sorumlulukları olan nöro-onkoloji hemşiresinin rolleri hakkında bilgi verilmektedir. Nöro-onkoloji hemşiresinin rollerini değerlendirme, klinik bakım/semptom yönetimi, çalışma arkadaşlarına, hastalara ve bakım verenlere bilgi verme, danışmanlık, anksiyeteyi azaltmak için etkili baş etme becerilerini öğretmek, diğer sağlık profesyonellerine yönlendirmek, bakımın etkili devamının sağlanması için koordinasyon, klinik deneylere ve araştırmalara katılmak ve bir değişim ajanı olarak davranmak şeklinde özetleyebiliriz. Sonuç olarak; ülkemizde özellikle nöro-onkoloji alanında eğitim alan uzman hemşirelere gereksinim vardır.

**Anahtar Sözcükler:** Nöro-onkoloji, Hemşirelik, Bakım, İzlem.

## ROLES OF THE NEURO-ONCOLOGY NURSE

### ABSTRACT

Neuro-oncology patients generally meet a disease that has low chance of recovery and poor prognosis. This article gives information about the roles of neuro-oncology nurse that has important responsibilities during follow up and care process about coping with the disease of neuro-oncology patients. We can summarize roles of neuro-oncology nurse like this; assessment, clinical care / symptom management, information provision to colleagues, patients and carers, counselling, teaching effective coping skills to reduce anxiety, referral to other health care professionals, coordination of effective continuity of care, participation in clinical trials / research and acting as a change agent. As a result, we especially need professional nurses that are trained neuro-oncology nursing field in our country.

**Key Words:** Neuro-oncology, Nursing, Care, Follow up.

<sup>1</sup> Dr. Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup> Doç. Dr. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**İletişim / Corresponding Author:** Şenay KARADAĞ ARLI

**Geliş Tarihi / Received:** 25.10.2013

**Tel:** 0212 2319120 **e-posta:** senay1981@yahoo.com.

**Kabul Tarihi / Accepted:** 28.05.2014

## GİRİŞ

Beyin tümörü tanı ve tedavisinde güçlükleri olan bir hastalık olmasının yanı sıra yaşamı da tehdit eden en önemli hastalıklardan biridir. Beyin tümörlerinin tipleri çocukluk çağı tümörleri arasında ikinci, 50 yaşından sonra özellikle başka organ kanserlerinin beyine olan yayılımı da göz önüne alındığında üçüncü en sık görülen tümör tipleri grubunu oluşturur. Amerika Birleşik Devletleri'nde ortalama 300 milyonluk bir nüfusta her yıl yaklaşık 24 000 yeni primer beyin tümörü tanısı konmaktadır. Türkiye'de ise kesin bir rakam verilememekle birlikte oranın benzer olduğu sanılmaktadır. Erişkinlere kıyasla çocuklarda primer beyin tümörlerinin görülme sıklığı yüksek olup, lösemnin ardından ikinci sırayı alır (1). Beyin tümör tiplerinin maligniteleri çeşitli olmakla birlikte iyi huylu beyin tümöründe bile tümörün yerine bağlı olarak morbidite ve mortalite oranları yükselebilir. Bazı iyi huylu tümörlerin histolojik tipleri kötü huylu olarak gelişebilir (2, 3, 4).

Hastaların fiziksel durumu, bilişsel durumu, yaşam süreci ve yaşadıkları komplikasyonlar tümörün büyüklüğü ve tipine bağlı olarak değişebilir. Beyin tümörlü hastalar cerrahi tedavi öncesi, sonrası ya da ilerleyen günlerde tümörün tekrarlaması ile uyuşukluk, güçsüzlük, motor kayıp, beş duyudan herhangi birinin azalması ya da kaybını yaşayabilirler. Hastalar kendi başına giyinme, tuvalete gitme, yemek yeme, kişisel hijyen ve bakım, hareket etme, telefon etme, alış-verişe gitme, merdiven çıkma, evdeki gereçleri kullanma, yemek hazırlama gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede sorunlar yaşayabilir, başka insanlara bağımlı olabilirler. Nöro-onkoloji hastalarının baş ağrısı, nöbet, afazi, hemiparazi, derin ven trombozu, pulmoner aspirasyon, trombostopeni, lenfopeni, bası yarası gibi sorunları olabilmektedir (5–10).

Primer beyin tümörlerinin özellikle yaşlı ve çocuklarda sıklığı artmakta olup, çoğunlukla üretken yaştaki insanları etkilediğinden toplumsal açıdan da büyük bir yük oluşturmaktadır. Ayrıca gerek primer ve gerekse metastatik tümörler hastanın yaşam süresini kısalttıkları gibi, yaşadığı hayatın kalitesini de bozmaktadır (11). Sık yaşanan baş ağrıları, iştahsızlık, bulantı, nöbetler ve uykusuzluk nedeniyle beyin tümörü olan hastanın yaşam kalitesinde büyük değişiklikler olabilir (4, 12, 13). Ayrıca bu hastalarda motor duyuda bozulma, kişilikte değişiklik, bilişsel bozulma, afazi ve görmede bozulma gibi nörolojik bozukluklar gelişebilir. Bütün bu bozukluklar hastanın yaşam kalitesini etkiler (3, 4, 14, 15). Cerrahi, radyoterapi, kemoterapi gibi tedavi girişimleri ve hastanın sıklıkla kullandığı antiepileptik ilaçlar ve kortikosteroidler de yaşam kalitesi üzerinde negatif etkiye sahiptirler (4, 16).

Beyin tümörü olan hastanın bakımını sürdüren aile bireylerinin yaşadığı fiziksel sorunlar yorgunluk, iştah, boşaltım, uyku, dikkat gibi bilişsel fonksiyon ve kişisel bakımda değişiklikler olarak sıralanabilir. Aile üyelerinin yaşadığı psikolojik sorunlar ise ağlama isteği, uygunsuz durumlarda gülme, konuşmak istememe, aşırı konuşma isteği, sıkıntı hissi, güçsüzlük, ümitsizlik, korku, anksiyete ve depresyondur. Ailelerde sosyo-kültürel sorunlar, güncel olayların takibinde azalma, komşuluk ilişkilerinde azalma, çevredeki diğer insanlarla olan ilişkilerde azalma, kültürel aktivitelere katılımında azalma ve gece sosyal aktivitelere katılımında azalma görülmektedir (17, 18). Beyin tümörü olan hastanın bakımını sürdüren aileler; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi gibi tedavi yöntemlerinde sağlık bakım kaynaklarından yararlanmada ekonomik sıkıntı yaşayabilmektedir. Fiziksel yetersizlikleri olan hastaların evde bakımı da ekonomik yük getirmektedir (9, 19).

Nöro-onkoloji hastasının ve ailesinin yaşadıkları/yaşayabileceği bu sorunlar göz önüne alındığında hasta bakım ve izleminin kaliteli sağlık hizmeti verebilmek için ne kadar önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu makalede, nöro-onkoloji hastasının bakım ve izleminde önemli sorumlulukları olan nöro-onkoloji hemşiresinin rolleri tartışılacaktır.

## **I. NÖRO-ONKOLOJİ HEMŞİRESİNİN ROLLERİ**

Nöro-onkoloji hemşireliği ülkemizde yeni bir alan olmakla birlikte henüz tam bir görev tanımlaması yoktur. Amerika ve Avrupada'ki gelişmiş ülkelerde nöro-onkoloji hemşireliği özel bir alan olmakla birlikte bu alanda özel eğitilmiş hemşireler yetiştirilmektedir (20–22). Yapılan literatür taramasına göre nöro-onkoloji hemşiresinin rollerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

Nöro-onkoloji hemşiresinin rolleri;

1. Değerlendirme,
2. Klinik bakım/semptom yönetimi,
3. Çalışma arkadaşlarına, hastalara ve bakım verenlere bilgi verme,
4. Danışmanlık,
5. Anksiyeteyi azaltmak için etkili baş etme becerilerini öğretmek,
6. Diğer sağlık profesyonellerine yönlendirmek,
7. Bakımın etkili devamının sağlanması için koordinasyon,
8. Klinik deneylere ve araştırmalara katılmak,
9. Bir değişim ajanı olarak davranmaktır (20–23).

### **A. Nöro-Onkoloji Hemşiresi ve Hasta Arasındaki İlişki**

Nöro-onkoloji hemşiresi beyin tümörü tedavisi gören hastanın danışabileceği uzman bir kişi olmalıdır. Hastaların danışabileceği bir uzman olarak nöro-onkoloji hemşiresi, hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden yaşadıkları sıkıntılarla baş etme gücünü artırabilmeli ve hastalığa uyum sağlamalarını kolaylaştırmalıdır. Bu nedenle öncelikle hastayı fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden çok iyi değerlendirmelidir (8).

Öncelikle, hastanın solunumunu değerlendirmek için solunum sesleri dinlenmeli, solunumun şekli, derinliği ve spO<sub>2</sub> kontrol edilmeli ve sekresyonların çıkarılmasına yardımcı olmak için hasta mobilizasyona teşvik edilmeli, mümkün değilse yatak içinde öksürme ve derin solunum egzersizleri yaptırılmalıdır (24).

Hasta bulantı yönünden tanılanmalı, kolay sindirilebilen besinler ile sık aralıklarla küçük miktarlarda beslenmesi sağlanmalıdır, profilaktik olarak ya da bulantı olduğunda hekim istemindeki antiemetikler uygulanmalı, kusma varlığında oral alım kısıtlanarak bir şey verilmemeli, sık aralar ile ağız bakımı uygulanmalıdır. Hastanın günlük ya da saatlik diyeti değerlendirilerek, sevdiği ve sevmediği yiyecekler belirlenmeli, kolay sindirilebilir yiyecekler seçilerek sık aralar ile küçük miktarlarda beslenmesi sağlanmalı ve kilo takibi yapılmalıdır (24).

Ayrıca, hastanın uyku düzeni ve alışkanlıkları, gelişen uyku sorununun türü değerlendirilmeli, uyumasına yardımcı olan bireysel alışkanlıklarını (banyo, içecek, kitap okuma vb.) sürdürmesi sağlanmalı, uyku öncesi/yatmadan önce, kafeinli içeceklerin içilmemesi, ağır yiyeceklerin yenilmemesi, mesanenin boşaltılması önerilmelidir. Hastanın bakım ve tedavi girişimleri, uyku alışkanlıkları göz önüne alınarak düzenlenmeli, hasta ile birlikte uygulanmak üzere günlük aktivite (yürüyüş, fizik tedavi vb.) oluşturulmalı, hasta ve ailesine, gevşeme yöntemleri (sakinleştirici masaj, meditasyon, derin solunum egzersizleri vb.) öğretilmeli, hekim istemine göre ilaçlar uygulanarak, etki ve yan etkileri gözlenmelidir (24).

Hasta anksiyete göstergesi olabilecek sözel ve davranışsal ipuçları yönünden gözlenerek psiko-sosyal destek sağlanmalı, gereksinimlerine karşı duyarlı olunmalı ve gereksinimleri mümkün olduğunca hızlı saptanıp karşılanmalı, duygularını açıklamasına fırsat verilmeli, yanlış anlaşılmalarda düzeltilmeli ve gerektiği kadar bilgilendirilmeli, gerekli hallerde uygun kişilerden konsültasyon istenmeli, gerçekçi hedefler belirlemesine yardım edilmeli, anksiyetenin nasıl giderileceği konusunda yardımcı olunmalıdır (gevşeme teknikleri, dikkati başka yöne yöneltme vb.) (24).

## **B. Nöro-Onkoloji Hemşiresi ve Hastaya Bakım Veren Birey/Bireyler Arasındaki İlişki**

Nöro-onkoloji hemşiresi hasta ve hastanın bakım sorumluluğunu üstlenen bireyleri hastalığın bulgu ve belirtileri, antiepileptik, kortikosteroid ilaç tedavisine ilişkin etki ve yan etkileri, beslenmenin önemi, nöbet, uyku bozukluğu, yorgunluk gibi konularda bilgilendirmelidir. (18, 19, 20, 24).

Ayrıca, hastanın tam kan sayımı, kanama ve pıhtılaşma zamanı gibi koagülasyona ilişkin laboratuvar sonuçları izlenmeli, gizli kanama yönünden dışkı, idrar değerlendirilmeli, ekimoz, burun kanaması ve diş etlerinde kanama yönünden hasta ve bakım verenlerin anamnezleri alınmalıdır (10, 20, 24).

Hasta ve hastanın bakım sorumluluğunu üstlenen bireyler ile semptomlar, yan etkiler ve hastanın nörolojik durumundaki değişiklikleri telefonla da bildirebilecekleri bir iletişim sağlanmalıdır. Hasta ve ailesinin sorunlarını ve duygularını paylaşma fırsatı verilerek hasta ve ailenin bilgi gereksinimleri saptanmalı, hastanın bakımına aile/yakınlarının katılımı sağlanmalıdır (24–27).

Hasta ve bakım verenlerin izni alınarak hasta ve hastanın bakım sorumluluğunu üstlenen bireylerden veri toplanması, hasta ve hastaya bakım verenler için klinik rehberler geliştirilmesi, klinik araştırmalar sonucu elde edilen verilerin akademik ortamda tartışılması nöro-onkoloji hemşiresinin diğer sorumlulukları arasındadır (20–23).

## **SONUÇ Ve ÖNERİLER**

Beyin tümörü olan hastalar çoğunlukla iyileşme şansı düşük ve kötü prognozu olan bir hastalıkla karşı karşıyadırlar. Bu nedenle, nöro-onkoloji hastalarının bakım planı; bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin sağlanması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla yönelik hemşirelik girişimlerini kapsamalıdır. Nöro-onkoloji hemşiresi beyin tümörü olan hastanın hastalıkla olan mücadelesi sırasındaki bütün aşamaları bilmeli ve bu yaşam mücadelesi sırasında hasta ya da hastaya bakım verene gerekli desteği sağlayabilmelidir. Ayrıca nöro-onkoloji hemşiresi beyin tümörü olan hastaların izleminde, hastalıkla ilgili semptomların yönetiminde, yan etkilerin tedavisinde ve hasta ile diğer sağlık ekibi üyeleri arasında iletişimi sağlamada anahtar bir role sahiptir. Bu nedenle, ülkemizde özellikle nöro-onkoloji hemşireliği alanında yetişmiş ve multidisipliner bakım ekibi içinde etkin olan uzman hemşirelere ihtiyaç vardır.



## KAYNAKLAR

1. Nöro-onkoloji. ([www.itfnoroloji.org/onkoloji/onkoloji.htm](http://www.itfnoroloji.org/onkoloji/onkoloji.htm), 2009).
2. Behin A, Hoang-Xuan K, Carpentier AF, Delattre JY. Primary Brain Tumours in Adults. *Lancet* 2003; 361 (9354): 323-31.
3. Meyers CA, Brown PD. Role and Relevance of Neurocognitive Assessment in Clinical Trials of Patients With CNS Tumors. *Journal of Clinical Oncology* 2006; 24 (8): 1305-9.
4. Gazzotti MR, Alith MB, Malheiros SMF, Vidotto MC, Jardim JR, Nascimento OA. Functional Assessment of Cancer Therapy-Brain Questionnaire: Translation and Linguistic Adaptation to Brazilian Portuguese. *Sao Paulo Medical Journal* 2011; 129 (4): 230-5.
5. Baksi A, Dicle A. MD Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2010; 3: 123-36.
6. İlçe A, Totur B, Özbayır T. Beyin Tümörlü Hastaların Uluslararası NANDA Hemşirelik Tanılarına Göre Değerlendirilmesi: Bakım Önerileri. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)* 2010; 27: 178-84.
7. Malak AT, Dıramalı A. Beyin Tümörlü Hastalarda Günlük Yaşam Aktiviteleri, Derin Ven Trombozu ve Bası Yarası Sonuçları. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2008; 18: 122-7.
8. Malak AT, Dıramalı A, Yücesoy K. Danışmanlık Verilen Beyin Tümörlü Hastaların Bazı Bakım Sonuçları: Ağrı, Epileptik Nöbet, Konstipasyon, Enfeksiyon, Sevk Durumları. *Nobel Medicus* 2010; 6: 25-31.
9. Nixon A, Narayanasamy A. The Spiritual Needs of Neuro-Oncology Patients From Patients' Perspective. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19: 2259-70.
10. Zwinkels H, Roon K, Jeurissen FJ, Taphoorn MJ, Hop WC, Vecht CJ. Management of Temozolomide Toxicity by Nurse Practitioners in Neuro-Oncology. *Oncol Nurs Forum* 2009; 36: 225-31.
11. McConigley R, Halkett G, Lobb E, Nowak A. Caring For Someone With High-Grade Glioma: A Time of Rapid Change For Caregivers, *Palliat Med* 2010; 24: 473-9.
12. Spetz A, Henriksson R, Bergenheim AT. A Specialist Nurse As A Resource For Family Members to Patients With Brain Tumours: An Action Research Study. *Cancer Nurs* 2008; 31: E18-E26.

13. Doyle M, Bradley NM, Li K, Sinclair E, Lam K, Chan G, Chow E, Barnes EA, Danjoux C, Tsao MN. Quality of Life In Patients With Brain Metastases Treated With A Palliative Course of Whole-Brain Radiotherapy. *J Palliat Med* 2007; 10: 367-74.
14. Erkol G. (2004). Kanser Hastasına Nöro-onkoloji Pratiği Açısından Yaklaşım. *Klinik Gelişim* 2004; 17: 62-76.
15. Osoba D, Brada M, Prados MD, Yung WK. Effect of Disease Burden On Health-Related Quality of Life in Patients With Malignant Gliomas. *Neuro-Oncology* 2000; 2(4): 221-8.
16. Gustafsson M, Edvardsson T, Ahlström G. The Relationship Between Function, Quality of Life and Coping in Patients With Low-Grade Gliomas. *Support Care Cancer* 2006; 14(12): 1205-12.
17. Scheibel RS, Meyers CA, Levin VA. Cognitive Dysfunction Following Surgery For Intracerebral Glioma: Influence of Histopathology, Lesion Location and Treatment. *Journal of Neuro-Oncology* 1996; 30(1): 61-9.
18. Liu R, Page M, Solheim K, Fox S, Chang SM. Quality of Life in Adults With Brain Tumors: Current Knowledge and Future Directions. *Neuro-Oncology* 2009; 11(3): 330-9.
19. Drappatz J, Schiff D, Kesari S, Norden AD, Wen PY. Medical Management of Brain Tumor Patients. *Neurologic Clinics* 2007; 25(4): 1035-71.
20. Zwinkels H. The Developing Role of The Neuro-Oncology Nurse: A Dutch Perspective. *British Journal of Neuroscience Nursing* 2008; 4: 390-3.
21. Spetz A, Henriksson R, Bergenheim AT, Salandar P. A Specialist Nurse-Function in Neuro-Oncology: A Qualitative Study of Possibilities, Limitations and Pitfalls. *Palliat Support Care* 2005; 3: 121-30.
22. Clarke A. Role of The Neuro-Oncology Nurse Specialist in Managing Glioma Patients. *Cancer Nursing Practice*. 2003; 2(5): 21-5.
23. Overview of the Primary Brain Tumour module: Martin's story. ([www.brainmodule.cancerinstitute.org.au/documents/Neuro\\_module.pdf](http://www.brainmodule.cancerinstitute.org.au/documents/Neuro_module.pdf), 2011).
24. Kaya N, Kaya H. Nöroonkoloji Hastasının Hemşirelik Bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2: 65-73.
25. Karayurt Ö, Tuna Malak A. Beyin Tümörü Olan Hastalarda Danışmanlık. *Hemşirelik Forumu* 2007; Ocak-Şubat-Mart-Nisan: 28-31.
26. Curren JR. Support Needs of Brain Tumour Patients and Their Carers: The Place of A Telephone Service. *Int J Palliat Nurs* 2001; 7: 331-7.

27. Malak AT, Dicle A. Beyin Tümörlü Hastalarda Bakım Verenlerin Yüğü ve Etkileyen Faktörler. Türk Nöroşirürji Dergisi 2008; 18: 118

## İKİ HAFTADA YEDİ PULMONER RENAL SENDROM OLGUSU. RPGN MEVSİMİ Mİ?

Ali GÜREL<sup>1</sup>, Bilge AYGEN<sup>1</sup>,  
Hüseyin ÇELİKER<sup>1</sup>, Ayhan DOĞUKAN<sup>1</sup>

### ÖZET

Pulmoner renal sendrom genellikle diffüz alveoler hemoraji ve özellikle hızlı ilerleyen glomerulonefrit şeklindeki otoimmün glomerüler tutulumla ortaya çıkar. Hızlı ilerleyen glomerulonefrit ve/ veya pulmoner renal sendromun tedavisi zor olsa da, yüksek doz metilprednizolon, siklofosamid gibi sitotoksik ajanlar ve plazmaferez hayat kurtarıcı olabilmektedir. Güçlü klinik kuşku varlığında, hastalığın erken dönemlerinde histopatolojik değerlendirme öncesi ve hatta yokluğunda erken tanı ve tedavi gereklidir. Lupus nefriti, Wegener granülomatozisi ve anti nötrofil sitoplasmik antikor ilişkili glomerülonefritlerin mevsimsel ortaya çıkma eğilimleri olduğu bilinmektedir. Farklı hastalıkların bu mevsimsel ortaya çıkma eğilimi, altta yatan patojenik tetikleyici faktörleri yansıtıyor olabilir. Yedi olgumuzun tümü ilkbahar döneminde ve iki haftalık süreç içinde kliniğimize başvurdu. Gözlemlerimiz, hızlı ilerleyen glomerulonefrit ve/ veya pulmoner renal sendromunun mevsimsel ortaya çıkma eğilimi olabileceği yönündedir.

**Anahtar Sözcükler:** Hızlı İlerleyen Glomerulonefrit, Pulmoner Renal Sendrom, Mevsim

## SEVEN CASES OF PULMONARY- RENAL SYNDROME IN TWO WEEK. IS IT RPGN SEASON?

### ABSTRACT

Pulmonary-renal syndrome (PRS) generally presents with diffuse alveolar haemorrhage (DAH) and autoimmune mediated glomerular involvement especially rapidly progressive glomerulonephritis (RPGN). Although treatment of RPGN and/or PRS is difficult, high dose methylprednisolone, cytotoxic agents such as cyclophosphamide and plasmapheresis can be life saving. Early diagnosis and treatment is necessary even in strong clinical suspicion at early stages of the diseases before or without histopathological evaluation. It is known that lupus nephritis, Wegener's granulomatosis, anti neutrophil cytoplasmic antibody (ANCA) associated glomerulonephritis have seasonal occurrence tendency. Seasonal distributions of various diseases may reflect different pathogenic triggers that underly. All seven of our patients were admitted to our clinic in two week period in early spring season. According to our observations, RPGN and/or pulmonary-renal syndromes may have a seasonal occurrence tendency.

**KEYWORDS:** Rapidly Progressive Glomerulonephritis, Pulmonary Renal Syndrome, Season.

<sup>1</sup>Uzman Doktor, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, Elazığ

**İletişim yazarı/ Correspondance author: Ali GÜREL**

**Tel:** 0505 7535047. **e-posta:** draligurel@gmail.com

**Geliş Tarihi/Received :** 11.12.2013

**Kabul Tarihi/ Accepted:** 03.05.2014

## INTRODUCTION

Rapidly progressive glomerulonephritis is a state of serious glomerular injury with clinical presentation of renal function loss among few days or weeks (1). Findings of glomerulonephritis such as hematuria, urinary erythrocyte cylinders and proteinuria are the main clinical presentations of RPGN. Main histological finding of this entity is crescent formation characterized with epithelial proliferation of Bowman's capsule, monocyte and macrophage infiltration in lesion area (2,3).

Crescentic glomerulonephritis can be idiopathic, can be due to various glomerular diseases, or can also be due to secondary to systemic diseases such as infections, systemic lupus, vasculitides (2). Couser et al. classified crescentic glomerulonephritis according to immune deposition as; Type 1- antiglomerular basement membrane disease, Type 2-immune complex disease, Type 3-pauci-immune type without any immune deposition (1). Medium and small vessel vasculitides with ANCA such as microscopic polyangiitis, Churg-Strauss syndrome and Wegener's granulomatosis affect kidneys and causes pauci-immune RPGN (4).

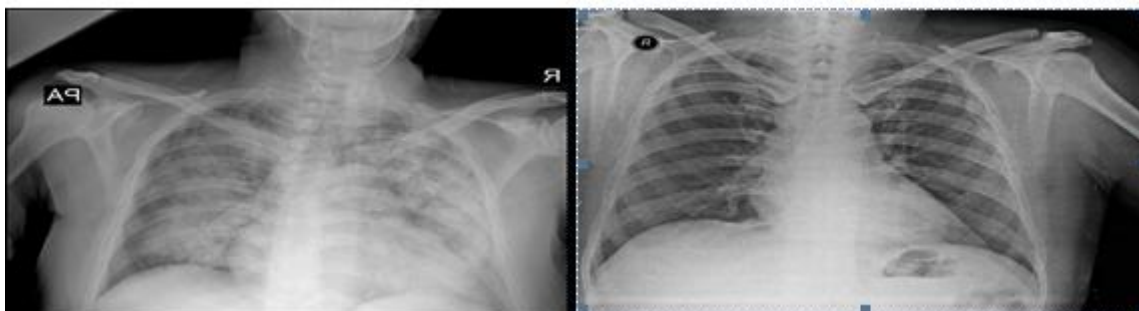
Clinical presentation of PRS consists of diffuse alveolar haemorrhage and autoimmune mediated glomerular involvement. Pulmonary renal-syndrome , characterized by a combination of DAH and RPGN, is caused by varied etiologies, including Goodpasture's syndrome, ANCA-associated small vessel vasculitis, cryoglobulinemia, systemic lupus erythematosus, environmental factors, and certain drugs (5-8).

Although treatment of RPGN is difficult, high dose methylprednisolone, cytotoxic agents and plasmapheresis can be efficacious at least initial period of disease (9,10). Prognosis of patients with pauci-immune RPGN with serum creatinine levels more than 3 mg/dl and histologically more than 50 % crescent formation is relatively poor. Early diagnosis and treatment is necessary even in strong clinical suspicion at early stages of the diseases before or without histopathological evaluation (11,12).

Seven patients we present here were admitted to our clinic during nearly in two week period on early spring season. In the light of our clinical experiences of past years, we ask a question: Do RPGN and/or pulmonary-renal syndromes have a seasonal occurrence tendency?

## CASE PRESENTATIONS

**Case 1:** In March 2013, a 46 year old man was admitted to Urology clinic because of lomber pain and a mass lesion determined incidentally. Because abdominal tomography was compatible with renal cell carcinoma, nephrectomy of left kidney was executed. Because of gout history he was taking colchicine regularly for 4 years. After his operation he used boiled water of stinging nettle (*urtica dioica*) for one week. After this period he admitted to emergency service because of general health status deterioration. A laboratory examination indicated that hemoglobin was 5.9 g/dl, serum urea 107 mg/dl, serum creatinine 4.54 mg/dl, CRP 19 mg/dl, erythrocyte sedimentation rate 145 mm/h. Urinalysis showed proteinuria 2+ and hematuria 3+. The red cell counts in the urinary sediment were elevated. Abdominal ultrasound showed right kidney was edematous with increased echogenicity. Her renal function worsened with serum creatinine increasing steadily from 4.54 mg/dL on admission to a peak of 9 mg/dL. RPGN was diagnosed by urinary findings and progressive loss of renal function. During his clinical follow-up hemoptysis started. Serologically anti-nuclear antibody (ANA) was positive, C3 and C4 levels were in normal range, p-ANCA was negative but c-ANCA was strongly positive (149.6 U/ml). Coalescent alveolar infiltrates and ground glass opacities were seen in chest roentgenogram as shown in Figure 1a. During this hemoptysis period his hemoglobin levels decreased. Because he had a single kidney but clinical suspicion was strong we started immunosuppressive therapy immediately without kidney biopsy. Therefore, the patient was started on 500 mg of methylprednisolone intravenously daily for 3 days and 1 mg/kg/day orally afterwards in combination with cyclophosphamide 500 mg intravenously. After this therapy and 4 hemodialysis sessions and with 10 units of fresh frozen plasma, creatinine levels started to decrease even without dialysis afterwards, radiographic findings improved as shown in Figure 1b.



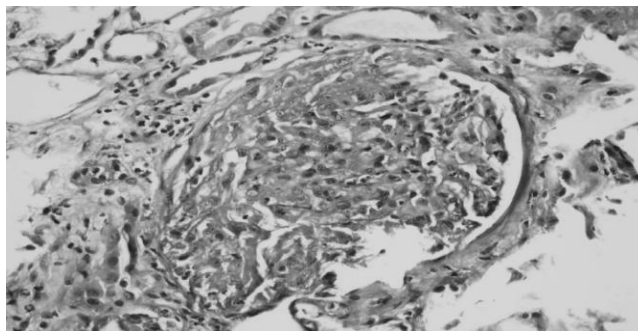
**Figure 1:** Chest X-Rays Of The Patient During Dah (A) And After Treatment (B).

**Case 2:** A 50 year-old woman with nausea, vomiting and peripheral edema admitted to our clinic. She had a history of elevated creatinine levels (2,5 mg/dl) nearly for 3 years. On admission laboratory tests indicated hemoglobin of 8.1 g/dl. Serum urea was 224 mg/dl, serum creatinine was 6.8 mg/dl, CRP was 14.5 mg/dl, erythrocyte sedimentation rate was 87 mm/h, albumin was 3.9 g/dl. Serologic markers were; p-ANCA > 100 U/ml, ANA (HEP 2) positive, c-ANCA negative, anti-GBM negative. During his follow-up hemoptysis started. Her hemoglobin levels decreased. Initial chest radiography showed perihilar opacities. Because of the refusal of the patient, renal biopsy and/ or bronchoscopy could not be executed. Microscopic polyangiitis and RPGN were diagnosed by serologic and urinary findings, progressive loss of renal function and pulmonary hemorrhage. After hemodialysis and fresh frozen plasma infusions her general status relatively ameliorated. Immediate corticotherapy and cyclophosphamide therapy were started and her dyspnea and hemoptysis decreased evidently.

**Case 3:** A 71 year-old man with dysuria, nausea and vomiting admitted to emergency service. On admission, tests indicated a hemoglobin of 9.3 g/dl. Urea was 120 mg/dl, serum creatinine was 5.7 mg/dl, CRP was 2.5 mg/dl, erythrocyte sedimentation rate was 50 mm/h, and albumin was 4.2 g/dl. Serologic markers were ANA negative, C3 and C4 levels in normal range, p-ANCA negative, c-ANCA positive (5.9 U/ml). He also had a history of dyspnea and haemoptysis. Because of his poor general status renal biopsy and/or bronchoscopy could not be executed. After hemodialysis his general status relatively ameliorated. Despite the routine anticoagulant and antiaggregant therapy, a central neurologic pathology with midbrain infarction was occurred.

**Case 4:** A 49 year-old woman with rheumatoid arthritis addmitted to our clinic with total anuria, oedema on pretibial area and petechial lesions on leg skin. On admission hematology tests indicated a hemoglobin of 7.4 g/dl. Urea was 107 mg/dl, serum creatinine was 6.3 mg/dl, CRP was 3.1 mg/dl, erythrocyte sedimentation rate was 51 mm/h, albumin was 2.3 g/dl. Serologic markers were, ANA negative, C3 and C4 levels in normal range , p/MPO-ANCA positive (8 U/ml), c/PR3-ANCA negative. After hemodialysis sessions we executed renal biopsy. In renal biopsy specimen, half of the glomeruli were concordant with cellular crescent formation without prominent immune staining (Fig. 2). After this result, firstly pulse

and than oral corticotherapy and after pulse steroid administration intravenous cyclophosphamide treatment were given to the patient. During her follow- up period urine amount did not increase and without hemodialysis her creatinine levels and peripheral oedema were increased, so routine hemodialysis planned for her.



**Figure 2:** Cellular Crescent Formation In The Pathologic Specimen Of Patient 4

Other three patients were also similarly presented clinically with RPGN and crescent formation histopathologically. Despite the corticotherapy and cytotoxic treatment, two of them also progressed to ESRD that necessitates dialysis and one partially ameliorated with sustainig renal functional loss.

## **DISCUSSION**

In addition to bilateral pulmonary infiltrates; renal failure necessitating haemodialysis, asthma attack, pericarditis, cerebral ischaemia, purpura, heart failure, falling haemoglobin levels, mononeuritis multiplex or polyarthralgia preoccupy PRS (13,14).

Because of especially pulmonary infectious complications, antibiotic treatment should be in mind in case of signs of infection in PRS cases (15). Although haemoptysis is the most common clinical sign of DAH due to PRS, low grade fever, cough, breathlessness are other clinical manifestations in this condition (16,17).

On the other hand most common renal findings comprise haematuria, proteinuria and active urinary sediment. If patients left untreated, this pathology can progress to end stage renal failure requiring dialysis (18). Chest roentgenograms and tomography are usefull to depict DAH (19). Coalescent alveolar infiltrates and consolidations with air bronchograms and sometimes ground glass opacities are common radiological findings of DAH. In 3-4 days complete roentgenographic resolution occurs during healing period with appropriate treatment



(20). In PRS situations proteinuria is nearly always present however not everytime in nephrotic range (18,20,21). Elevated serum urea, creatinine levels, oliguria, hypertension, oedema and anaemia are frequent in these patient group (20). Multiple coalescent shadows in chest roentgenograms with progressive haematocrit reduction strongly suggests DAH (17).

Diagnosis of PRS should be via lung or kidney tissue biopsy. In case of serious clinical problems, treatment should be started promptly even if histological evaluation is absent in order to preclude morbidity and mortality, if clinical suspicion is strong and ANCA or anti-GBM is positive ( 22-24).

Immunosuppressive therapy is essential for the treatment of ANCA-positive PRS. Induction therapy includes pulse methyl prednisolone (500-1000 mg) for 3-5 days and oral maintenance dose of 1 mg/kg for months. Corticotherapy may/should be combined with cytotoxic agents especially with cyclophosphamide (pulse intravenous administration at dose of 0.5-1 mg/m<sup>2</sup> per month or 1-2 mg/kg/day orally). Additionally plasma exchange should be in mind especially in serious conditions in order to restore renal functions (25,26).

It is clearly known that prevalence of class V and III lupus nephritis are common in winter and spring seasons (27). Also Wegener's granulomatosis, ANCA associated glomerulonephritis are reported to be more common in winter season. Seasonal distributions of various diseases may reflect different pathogenic triggers that underly. Seasonal fluctuations of immune system activity probably influenced by differentiations of some hormones such as glucocorticoids and melatonin, and leucocyte formule between seasons may be the underlying cause of the seasonality of some diseases, especially autoimmune disorders (28).

All seven of our patients were admitted to our clinic in two week period in early spring season. Although renal biopsy could not be available for all of our patients, according to our observations, RPGN and/or pulmonary-renal syndromes may have a seasonal occurrence tendency.

## REFERENCES

1. Couser WG. Rapidly Progressive Glomerulonephritis: Classification, Pathogenetic Mechanisms, and Therapy. Am J Kidney Dis. 1988 Jun;11(6):449-464.
2. Glasscock RJ, Adler SG, Ward HJ, Cohen AH. Primary Glomerular Diseases. In Brenner BM and Rector FC(eds): The Kidney, 4th ed.W.B. Saunders, Philadelphia,1993.

3. Churg J, Bernstein J, Glasscock RJ (eds): Classification Of Glomerular Disease. Renal Disease: Classification and Atlas Of Glomerular Diseases. 2nd ed. New York: Igaku-shoin Medical; 1995:11.
4. Hedger N, Stevens J, Drey N, Walker S, Roderick P. Incidence and Outcome Of Pauci-Immune Rapidly Progressive Glomerulonephritis In Wessex, UK: A 10-Year Retrospective Study. *Nephrol Dial Transplant*. 2000 Oct;15(10):1593-1599.
5. West SC, Arulkumaran N, Ind PW, Pusey CD. Pulmonary-Renal Syndrome: A Life Threatening but Treatable Condition. *Postgrad Med J*. 2013 May;89(1051):274-283.
6. Gallagher H, Kwan J, Jayne RW: Pulmonary Renal Syndrome: A 4-Year, Single Center Experience. *Am J Kidney Dis* 2002, 38:42-47.
7. Goodpasture EW: The Significance Of Certain Pulmonary Lesions In Relation To The Aetiology Of Pneumonia. *Am J Med Sci* 1919, 158:863-870.
8. Tanton MC, Tange JD. Goodpasture's Syndrome (Pulmonary Haemorrhage Associated With Glomerulonephritis). *Australas Ann Med* 1958, 7:132-144.
9. Bolton WK, Couser WG. Intravenous Pulse Methylprednisolone Therapy Of Acute Crescentic Rapidly Progressive Glomerulonephritis. *Am J Med*. 1979 Mar;66(3):495-502.
10. Lockwood CM, Rees AJ, Pearson TA, Evans DJ, Peters DK, Wilson CB. Immunosuppression and Plasma-Exchange In The Treatment Of Goodpasture's Syndrome. *Lancet*. 1976 Apr 3;1(7962):711-715.
11. Rutgers A, Sanders JS, Stegeman CA, Kallenberg CG. Pauci-Immune Necrotizing Glomerulonephritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2010 Aug;36(3):559-572.
12. Kitagawa K, Furuichi K, Shinozaki Y, Toyama T, Kitajima S, Hara A, Iwata Y, Sakai N, Kaneko S, Wada T; Kanazawa Study Group for Renal Diseases and Hypertension. Long-Term Observations Of Clinicopathological Characteristics and Outcome Of Japanese Patients With Pauci-Immune Crescentic Glomerulonephritis. *Clin Exp Nephrol*. 2013 Apr 10. [Epub ahead of print]
13. Cruz BA, Ramanoelina J, Mahr A, Cohen P, Mouthon L, Cohen Y, Hoang P, Guillevin L. Prognosis And Outcome Of 26 Patients with Systemic Necrotizing Vasculitis Admitted To The Intensive Care Unit. *Rheumatology (Oxford)*. 2003 Oct;42(10):1183-1188.

14. Bouachour G, Roy PM, Tirot P, Guerin O, Gouello JP, Alquier P. Prognosis Of Systemic Diseases Diagnosed In Intensive Care Units. *Presse Med.* 1996 May 25;25(18):837-841.
15. Cervera R, Asherson RA, Acevedo ML, Gómez-Puerta JA, Espinosa G, De La Red G, Gil V, Ramos-Casals M, García-Carrasco M, Ingelmo M, Font J. Antiphospholipid Syndrome Associated With Infections: Clinical And Microbiological Characteristics Of 100 Patients. *Ann Rheum Dis.* 2004 Oct;63(10):1312-1317.
16. Specks U. Diffuse Alveolar Hemorrhage Syndromes. *Curr Opin Rheumatol.* 2001 Jan;13(1):12-17.
17. Collard HR, Schwarz MI. Diffuse Alveolar Hemorrhage. *Clin Chest Med.* 2004 Sep;25(3):583-592.
18. Lau KK, Wyatt RJ. Glomerulonephritis. *Adolesc Med Clin.* 2005 Feb;16(1):67-85.
19. Bowley NB, Steiner RE, Chin WS. The Chest X-Ray In Antiglomerular Basement Membrane Antibody Disease (Goodpasture's Syndrome). *Clin Radiol.* 1979 Jul;30(4):419-429.
20. Papiris SA, Manali ED, Kalomenidis I, Kapotsis GE, Karakatsani A, Roussos C. Bench-To-Bedside Review: Pulmonary-Renal Syndromes--An Update For The Intensivist. *Crit Care.* 2007;11(3):213.
21. Contreras G, Pardo V, Leclercq B, Lenz O, Tozman E, O'Nan P, Roth D. Sequential Therapies For Proliferative Lupus Nephritis. *N Engl J Med.* 2004 Mar 4;350(10):971-980.
22. Kambham N. Crescentic Glomerulonephritis: An Update On Pauci-Immune And Anti-GBM Diseases. *Adv Anat Pathol.* 2012 Mar;19(2):111-124.
23. Griffith M, Brett S. The Pulmonary Physician In Critical Care Illustrative Case 3: Pulmonary Vasculitis. *Thorax.* 2003 Jun;58(6):543-546.
24. Van der Woude FJ, Rasmussen N, Lobatto S, Wiik A, Permin H, van Es LA, Van der Giessen M, Van der Hem GK, The TH. Autoantibodies Against Neutrophils and Monocytes: Tool For Diagnosis and Marker Of Disease Activity In Wegener's Granulomatosis. *Lancet.* 1985 Feb 23;1(8426):425-429.
25. Rihová Z, Jancová E, Merta M, Zabka J, Rysavá R, Bartůnková J, Kolárova I, Tesar V. Daily Oral Versus Pulse Intravenous Cyclophosphamide In The Therapy Of Anca-

Associated Vasculitis--Preliminary Single Center Experience. Prague Med Rep. 2004;105(1):64-68.

26. Gaskin G, Pusey CD. Plasmapheresis In Antineutrophil Cytoplasmic Antibody-Associated Systemic Vasculitis. Ther Apher. 2001 Jun;5(3):176-181.
27. Schlesinger N, Schlesinger M, Seshan SV. Seasonal Variation Of Lupus Nephritis: High Prevalence Of Class V Lupus Nephritis During The Winter and Spring. J Rheumatol. 2005 Jun;32(6):1053-1057.
28. Schlesinger N, Schlesinger M. Seasonal Variation Of Rheumatic Diseases. Discov Med. 2005 Feb;5(25):64-69.



*Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**

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