

# HSP

Journal of Health Sciences and Professions

---

Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi

**CİLT 3 SAYI 1 2016**



**SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ DERGİSİ**  
(**JOURNAL OF HEALTH SCIENCES AND PROFESSIONALS-HSP**)

**ONURSAL EDİTÖR**

Dr. Halil Koyuncu

**EDİTÖR**

Dr. Neriman Zengin

**BÖLÜM EDİTÖRLERİ**

Dr. Doğaç Niyazi Özüçelik  
Dr. Reyhan Bahçivan Saydam  
Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu  
Dr. Selma Söyük

**YAYIN KURULU**

Dr. Ahmet Akgül  
Dr. Ebru Kaya Mutlu  
Canser Boz  
Sevil Günaydın  
Tuğba Canbulut

**DERGİ SAHİBİ**

Prof. Dr. Ahmet Akgül, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

**SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ**

Yrd. Doç. Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

**DANIŞMA KURULU**

Dr. Aklime Sankaya  
Dr. Abdulfaz Suleymanov  
Dr. Abdulkahim Beki  
Dr. Afsun Ezel Esatoğlu  
Dr. Ahmet Ataş  
Dr. Ali Rıza Abay  
Dr. Arash Alaei  
Dr. Arzu Razak Özdiñçler  
Dr. Asiye Gül  
Dr. Ayden Çoban  
Dr. Ayla Bayık  
Dr. Ayla Ergin  
Dr. Ayşe Çil Akıncı  
Dr. Ayşegül Oksay Şahin  
Dr. Ayten Diñç  
Dr. Besey Ören  
Dr. Birsen Karaca Saydam  
Dr. Birsen Mutlu  
Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu  
Dr. Burcu Semin Bilgütay  
Dr. Candan Öztürk  
Dr. Çiğdem Öksüz  
Dr. Derya Çelik  
Dr. Dilek Aygün  
Dr. Doğaç N. Özüçelik  
Dr. Eda Yılmaz  
Dr. Ela Tarakçı  
Dr. Emine Kırık  
Dr. Esin Çeber Turfan  
Dr. Esma Demirezen  
Dr. F. Deniz Sayıner  
Dr. Fatma Ay  
Dr. Gökşen Kuran Aslan  
Dr. Gonca Bumin  
Dr. Gülbahar Keskin  
Dr. Gülbeyaz Can  
Dr. Gülçin Bozkurt

Dr. Gülnur Akkaya  
Dr. Gülsün Özentürk  
Dr. Güllümsel Dolgun  
Dr. Hacer Karanisoğlu  
Dr. Hacer Özgen Narcı  
Dr. Hafize Öztürk Can  
Dr. Hakan Acar  
Dr. Hakan Topaçoğlu  
Dr. Halim İşsever  
Dr. Handan Güler  
Dr. Hatice Kaya  
Dr. Hatice Ulusoy  
Dr. Hatice Yıldız  
Dr. Hava Özkan  
Dr. Hava Sert  
Dr. Haydar Sur  
Dr. Hicran Yıldız  
Dr. Hülya Bilgin  
Dr. Hülya Kaya  
Dr. Hülya Kayıhan  
Dr. Hülya Üstündağ  
Dr. Hüsnüye Diñç  
Dr. İpek Yeldan  
Dr. Işıl Işık Andsoy  
Dr. İsmet Galip Yolcuoğlu  
Dr. Leyla Erdim  
Dr. Leyla Küçük  
Dr. Mehmet Top  
Dr. Mehmet Yazıcı  
Dr. Mehveş Tarım  
Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç  
Dr. Mine Uyanık  
Dr. Mithat Kırık  
Dr. N. Ekin Akalan  
Dr. Nazan Karahan  
Dr. Nazan Tuna Oran  
Dr. Necla Canbulut

Dr. Neriman Soğukpınar  
Dr. Neriman Zengin  
Dr. Nermin Olgun  
Dr. Neslihan Keser Özcan  
Dr. Nevin Hotun Şahin  
Dr. Nilgün Sarp  
Dr. Nilgün Ulutaşdemir  
Dr. Nur Elçin Boyacıoğlu  
Dr. Nuran Gençtürk  
Dr. Nurten Kaya  
Dr. Osman Hayran  
Dr. Özgür Alparşlan  
Dr. Özlem Akman  
Dr. Özlem Öztürk  
Dr. Panagiotis V. Tsaklis  
Dr. Rabia Etki Genç  
Dr. S. Haluk Özşarı  
Dr. Saadet Yazıcı  
Dr. Selma Söyük  
Dr. Serap Balcı  
Dr. Serap Ejder Apay  
Dr. Sevil İnal  
Dr. Sevim Çelik  
Dr. Sevim Ulupınar  
Dr. Sezgin Sarıkaya  
Dr. Sibel Öztürk  
Dr. Sıdika Kaya  
Dr. Şule Alpar Ecevit  
Dr. Sultan Alan  
Dr. Tülay Yılmaz  
Dr. Tümer Ulus  
Dr. Veli Duyan  
Dr. Zekiye Karaçam  
Dr. Zeliha Tülek  
Dr. Zeynep Kurtuluş Tosun

\*İlk isme göre alfabetik sıralama yapılmıştır.

## **YAYIN KURALLARI**

**SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ DERGİSİ'**nde daha önce başka bir yerde yayınlanmamış, hakem değerlendirmesinde olmayan ve Dergi Yazı Kurulu (Editorial Board) ve Yayın Danışma (Hakem) Kurulu tarafından değerlendirilerek uygun bulunan yazılar basılır. Basılması uygun görülmeyen yazılar geri iade edilmez. Yayınlanan yazı ve resimlerin tüm hakları dergiye aittir. Dergiden alıntı yapıldığı takdirde dergi kaynak olarak belirtilmelidir.

## **YAYIN KURALLARI**

### **BİLİMSEL SORUMLULUK**

**Makalelerin bilimsel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.** Tüm yazarların gönderilen makalede akademik-bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır. Yazar olarak belirlenen isim makaledeki çalışmayı planlamalı veya yapmalı, makaleyi yazmalı veya revize etmeli, son halini kabul etmelidir.

### **ETİK SORUMLULUK**

Dergi, “İnsan” ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygunluk (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) ilkesini kabul eder. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan “Bilgilendirilmiş Olur” (informed consent) aldıklarını belirtmek zorundadır. Çalışmada “Hayvan” ögesi kullanılmış ise yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals ([www.nap.edu/catalog/5140.html](http://www.nap.edu/catalog/5140.html)) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadır. Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan “Bilgilendirilmiş Olur” (informed consent) alınmalıdır. Eğer makalede direkt-indirekt ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma. ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), editöre sunum sayfasında bildirmek zorundadır.

Makalede “Etik Kurul Onayı” alınması gerekli ise; alınan belge online olarak, Makale Gönderim” linkindeki bölümden, makale ile birlikte gönderilmelidir. Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Makalenin değerlendirilmesi aşamasında, yayın kurulunun gerek görmesi halinde, makale ile ilgili araştırma verilerinin ve/veya etik kurul onayı belgesinin sunulması yazarlardan talep edilebilir.

### **BİYOİSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME**

Tüm retrospektif, prospektif ve deneysel araştırma makaleleri biyoistatistiksel olarak değerlendirilmeli ve uygun plan, analiz ve raporlama ile belirtilmelidir. Makalelerde p değerleri açık olarak verilmelidir ( $p= 0.025$ ;  $p= 0.524$  gibi). Araştırma makaleleri dergiye gönderilmeden önce, biyoistatistik uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve uzmanın ismi yazarlar arasında ya da makalenin sonunda yer almalıdır.

**Makalelerin biyoistatistiksel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.**

### **YAZIM DİLİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRME**

Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizce'dir. Türkçe makalelerde Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğü veya [www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr) adresi esas alınmalıdır. İngilizce makaleler ve İngilizce özetler, dergiye gönderilmeden önce dil uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve uzman onayı editöre sunum sayfasında özellikle belirtilmelidir. Makaleyi, İngilizce yönünden değerlendiren, yazarlardan biri değil ise bu kişinin ismi makalenin sonunda bulunan TEŞEKKÜR (Acknowledgement) bölümünde belirtilmelidir.

**Makalelerin yazım ve dil bilgisi kurallarına uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.**

### **YAYIN HAKKI**

Yayımlanmak üzere kabul edilen yazıların her türlü yayın hakkı dergiye yayımlayan kuruma aittir.

**Yazılardaki düşünce ve öneriler tümüyle yazarların sorumluluğundadır.** Makale yazarlarına, yazıları karşılığında herhangi bir ücret ödenmez. Yayın Hakları Devir Formu "nu doldurup, makale gönderim" linkindeki bölümden makale ile birlikte göndermelidirler.

## YAZI ÇEŞİTLERİ

Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise yazının başlığında (\*) işareti ile belirtilmeli ve işarete (\*), metnin ilk sayfası sonunda toplantı adı, yer ve tarihi belirtilerek açıklama getirilmelidir.

Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden oluşmuş ise başlıkta (\*) işareti ile belirtilmeli ve metnin ilk sayfası sonunda (\*) işaretinden sonra Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.

Yazılar A4 boyutlarında 1,5 Aralıklı olarak, Times New Roman yazı karakterinde, 12 punto ile yazılmalıdır. Sayfanın alt ve sağ yanında 2,5 cm' lik, üst ve sol yanından 2,5 cm' lik boşluk bırakılmalıdır. **Sayfa sayısı kaynaklar dışında derlemeler için en fazla 10, araştırma raporları için en fazla 12 olmalıdır.**

**Orijinal Araştırma:** Kliniklerde yapılan prospektif-retrospektif ve her türlü deneysel çalışmalar yayımlanabilmektedir. **Sayfa sayısı kaynaklar dışında en fazla 12 olmalıdır.**

### Yapısı:

- Başlık sayfası (makaleden ayrı gönderilmeli)
- Özet (Ortalama 200-250 kelime; amaç, gereç ve yöntemler, bulgular ve sonuç bölümlerinden oluşan, Türkçe ve İngilizce, Kısaltma kullanılmamalı)
- Giriş
- Gereç ve Yöntemler
- Bulgular
- Tartışma
- Sonuç
- Teşekkür
- Kaynaklar

**Derleme:** Doğrudan veya davet edilen yazarlar tarafından hazırlanır. Tıbbi özellik gösteren her türlü konu için son tıp literatürünü de içine alacak şekilde hazırlanabilir. Yazarın konu ile ilgili basılmış yayınlarının olması özellikle tercih nedenidir. Sayfa sayısı kaynaklar dışında en fazla 10 olmalıdır.

### Yapısı:

- Başlık sayfası (makaleden ayrı gönderilmeli)
- Özet (Ortalama 200-250 kelime, bölümsüz, Türkçe ve İngilizce, Kısaltma kullanılmamalı)
- Konu ile ilgili başlıklar
- Kaynaklar

**Olgu Sunumu:** Nadir görülen, tanı ve tedavide farklılık gösteren makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğraflarla ve şemalarla desteklenmiş olmalıdır. Kaynaklar dışında en fazla 8 sayfa olmalı ve başlık sayfası (makaleden ayrı gönderilmeli)

### Yapısı:

- Başlık sayfası (makaleden ayrı gönderilmeli)
- Özet (ortalama 100-150 kelime; bölümsüz; Türkçe ve İngilizce, Kısaltma kullanılmamalı)
- Giriş
- Olgu Sunumu
- Tartışma
- Kaynaklar

**Editöryel Yorum/Tartışma:** Yayımlanan orijinal araştırma makalelerinin, araştırmanın yazarları dışındaki, o konunun uzmanı tarafından değerlendirilmesidir. İlgili makalenin sonunda yayımlanır.

**Editöre Mektup:** Son bir yıl içinde dergide yayımlanan makaleler ile ilgili okuyucuların değişik görüş, tecrübe ve sorularını içeren en fazla 500 kelimelik yazılardır.

**Yapısı:**

- Başlık ve özet bölümleri yoktur.
- Kaynak sayısı 5 ile sınırlıdır.
- Hangi makaleye (sayı, tarih verilerek) ithaf olunduğu belirtilmeli ve sonunda yazarın ismi, kurumu, adresi bulunmalıdır. Mektuba cevap, editör veya makalenin yazar(lar)ı tarafından, yine dergide yayımlanarak verilir.

**Bilimsel Mektup:** Genel tıbbi konularda okuyucuyu bilgilendiren, basılmış bilimsel makalelere de atıfta bulunarak o konuyu tartışan makalelerdir.

**Yapısı:**

- Özet (ortalama 100-150 kelime; bölümsüz, Türkçe ve İngilizce)
- Konu ile ilgili başlıklar
- Kaynaklar

**Tıbbi Kitap Değerlendirmeleri:** Güncel değeri olan ulusal veya uluslararası kabul görmüş kitapların değerlendirmeleridir.

**YAZIM KURALLARI**

**Dergiye yayımlanması için gönderilen makalelerde biçimsel esaslar**

Makale, PC uyumlu bilgisayarlarda Microsoft Word programı ile yazılmalıdır. Özette kısaltma kullanılmamalı. Yazı içinde kısaltmalar kelimenin ilk geçtiği yerde parantez içinde verilir ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için “Bilimsel Yazım Kurallarına” başvurulabilir.

**Şekil, Resim, Tablo ve Grafikler:**

- Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlenin sonunda belirtilmelidir. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin açıklamaları makale sonuna eklenmelidir.
- Şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer jpg veya gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), sisteme eklenmelidir.
- 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.
- Resimler/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır.

**Editöre Sunum Sayfası:** Gönderilen makalenin kategorisi, daha önce başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu, varsa çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi ve kuruluşlar ve varsa bu kuruluşların yazarlarla olan ilişkileri belirtilmelidir.

**Kapak Sayfası:** Makalenin başlığı (Türkçe ve İngilizce), tüm yazarların ad-soyadları, akademik ünvanları, kurumları, iş telefonu-GSM, e-posta ve yazışma adresleri belirtilmelidir. Makale daha önce bildiri olarak sunulmuş ise bildiri yeri ve tarihi belirtilmelidir. **Bu bölüm makaleden ayrı bir dosya olarak sisteme yüklenmelidir.**

**Özetler:** Yazı çeşitleri bölümünde belirtilen şekilde hazırlanarak, makale metni içerisine yerleştirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** En az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html)). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: [www.bilimterimleri.com](http://www.bilimterimleri.com)).

**Teşekkür:** Eğer çıkar çatışması, finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryal (istatistiksel analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa, metnin sonunda sunulmalıdır.

**Kaynaklar:** Kaynaklar makalede geliş sırasına göre yazılmalı ve metinde cümle sonunda noktalama işaretlerinden hemen sonra “Üst Simge” olarak belirtilmelidir. Makalede bulunan yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp “et al.” eklenmelidir. Kaynak yazımı için kullanılan format Index Medicus’ta belirtilen şekilde olmalıdır (Bkz: [www.icmje.org](http://www.icmje.org)).

**Orijinal basımı Türkçe olan kaynakların başlığı [ ] içinde ve İngilizce olarak yazılmalıdır.**

**Örnek: Yazar(lar). Türkçe İsim [İngilizce İsim]. Türkçe Dergi İsmi [İngilizce Dergi ismi] yıl;cilt(sayı):sayfa numarası.**

**Yazının Sisteme Yüklenmesi:** [Açık Dergi Sistemleri Elektronik Yayıncılık Rehberinden \(ADS\)](#) yararlanabilirsiniz. HSP dergisine yazar olarak kayıt olduktan sonra beş aşamada yazıyı gönder bölümünden yazınızı gönderebilirsiniz.

**Yazının Takibi:** Kullanıcı adı ve şifrenizle sisteme giriş yaptıktan sonra ÖZET bölümünde yazınızın hangi aşamada olduğunu, DEĞERLENDİRME bölümünden HAKEM eleştirilerini görebilirsiniz.

**Kaynakların yazımı için örnekler (Noktalama işaretlerine lütfen dikkat ediniz):**

Makale	Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi, yıl, cilt, sayı; sayfa no’su belirtilmelidir.	<ul style="list-style-type: none"><li>Zengin N, Enç N. Comparison of two blood sampling methods in anticoagulation therapy: venipuncture and peripheral venous catheter. <i>J Clin Nurs</i> 2008; 17(3):386-93.</li><li>Zengin N, Üstündağ H. İnfüzyon setleri değişim süreleri ile ilgili yapılan çalışmalar ve öneriler [The change period of administration sets and the studies about this subject and suggestion ]. <i>Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi [ournal of Anatolia Nursing and Health Sciences ]</i> 2004;7(3):83-90.</li></ul>
Elektronik Makale	Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi[serial on the Internet] yıl (erişim yılı) cilt, sayı; sayfa no’su. Erişim adresi:	<ul style="list-style-type: none"><li>Perneger TV, Giner F. Randomized trial of heroin maintenance programme for adults who fail in conventional drug treatments. <i>BMJ</i> [serial on the Internet]. 1998 [cited 2005 Aug 12];317(2):[about 3 p.]. Available from: <a href="http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7150/1">http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7150/1</a>.</li></ul>

Bölüm yazarları farklı olan kitaplar için;	Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.	<p><u>Yabancı dilde yayımlanan kitaplar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and aberrant growth. In: Wilson JD, Foster DW, eds. Williams' Textbook of Endocrinology. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992. p.1079-138.</li> <li>Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.</li> <li>Baselt RC, Cravey, RH. Disposition of toxic drugs and chemicals in man. 4th ed. Foster City, CA: Chemical Toxicology Institute; 1995.p.140-150.</li> </ul> <p><u>Türkçe kitaplar için:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tür A. [Emergency airway management and endotracheal intubation]. Şahinoğlu AH, editör. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. 2. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2003. p.9-16.</li> </ul>
Yazar ve editörün aynı olduğu kitaplar için;	Yazar(lar)ın/editörün soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.	<p><u>Yabancı dilde yayımlanan kitaplar için:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. Tumors of the Pan creas. 2nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997. p.145-210.</li> </ul> <p><u>Türkçe kitaplar için:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eken A. Kozmesötik Etken Maddeler [Cosmeceutical ingredients: drugs to cosmetics products]. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2006. p.1-7.</li> </ul>
On-line yayımlar	DOI kabul edilebilir online referanstır	<ul style="list-style-type: none"> <li>Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: 'Gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar 1 [cited 2010 Apr 15]; 93(3):227-232. Available from: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/DOI">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/DOI</a>: 10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024.</li> </ul>
Yazarı Belirsiz Kitaplar		<ul style="list-style-type: none"> <li>The 1995 NEA almanac of higher education. Washington DC: National Education Association;1995.p.150-155.</li> <li>Ministry of Health and Social Welfare: Health Statistics Yearbook, Ankara Publications of Ministry of Health, 2010.</li> </ul>
Tez	Yazar soyadı ve adı. Tezin başlığı.(Tezin	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kay JG. Intracellular cytokine trafficking and phagocytosis in macrophages [PhD thesis]. University of Queensland, St</li> </ul>

	Türü- Yüksek lisans, Doktora) - yayınlayan kurum, yayın yeri, yıl, sayfa.	<p>Lucia, 2007.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zengin N. Antikoagülan tedavinin izlenmesinde iki farklı kan alma yönteminin karşılaştırılması: Vena ponksiyon ve periferik venöz kateter [<a href="#">Comparison of two blood sampling methods in anticoagulation therapy: venipuncture and peripheral venous catheter</a>][Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [<a href="#">Institute of Medical Sciences, İstanbul University</a> ], İstanbul, Türkiye, 1999.</li> </ul>
Web Sayfası	Yazarlı Web Sayfası Yazar. Yayın başlığı. Yayın yeri (Varsa): Yayın kuruluşu/yayıncı (varsa); Yayınlanma tarihi (Güncelleme tarihi; Erişim tarihi ). Erişim adresi:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atherton J. Behaviour modification 2010 [updated 2010 Feb 10; cited 2010 Apr 10]. Available from: <a href="http://www.learningandteaching.info/learning/behaviour_mod.htm">http://www.learningandteaching.info/learning/behaviour_mod.htm</a></li> </ul>
	Yazarsız Web Sayfası	<p>Yazar/organizasyonun adı. Sayfanın başlığı [Internet], Yayının tarihi, Güncelleme tarihi. Erişim adresi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Yeterli ve Dengeli Beslenme 2014. (Güncelleme tarihi .....; Erişim tarihi: ..... ) Erişim adresi: <a href="http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&amp;page=47">http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&amp;page=47</a>:</li> <li>Diabetes Australia. Diabetes globally 2012 [updated 2013 Dec 20; cited 2014 Jun 30]. Available from: <a href="http://www.diabetesaustralia.com.au/en/Understanding-Diabetes/Diabetes-Globally/">http://www.diabetesaustralia.com.au/en/Understanding-Diabetes/Diabetes-Globally/</a></li> </ul>
Metin içinde kaynaklar		<ul style="list-style-type: none"> <li>.....in his research, Jones <sup>2</sup> asserts....</li> <li>.....as evidenced from a recent Australian study.</li> <li>Scholtz <sup>1</sup> has argued that.....</li> </ul>
Metin içinde sayfa numarası içeriyorsa		<ul style="list-style-type: none"> <li>...as one author has put it "the darkest days were still ahead". <sup>1(p23)</sup></li> <li>...as one author has put it "the darkest days were still ahead". <sup>1(p23)</sup></li> <li>...as one author has put it "the darkest days were still ahead". <sup>(1 p23)</sup></li> <li>Scholtz <sup>(1 pp16-18)</sup> has argued that.....</li> </ul>
Aynı anda birçok kaynak kullanılacaksa		<p>Her bir kaynak numarasından sonra virgül konulmalı , ardışık kaynak numaralarında araya “-“ konularak ilk ve son kaynak numarası yazılmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>örnek:..... <sup>1,5,6-8</sup></li> </ul>



**Gebelikte Evlilik Uyumu ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki\***  
**The Relationship between the Marital Adjustment and Social Support**  
**in Pregnancy**

Mehtap GÜMÜŞDAŞ<sup>a</sup>, Serap EJDER APAY<sup>b</sup>

**ÖZET Amaç:** Bu araştırma, gebelikte evlilik uyumu ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir. Araştırma Türkiye'nin doğusunda bulunan bir ildeki doğum hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın evreni ilgili hastaneye başvuran tüm gebeler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini 2014 yılı Şubat-Ağustos aylarında ilgili hastaneye başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 315 gebe kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu", "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve "Çiftler Uyum Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, standart sapma ve Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamasının 61.68±20.05, Çiftler Uyum Ölçeğine ait puan ortalamasının 34.93±13.30 olduğu bulunmuştur. Gebelikte Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ortalama puanları ile Çift Uyum, Çift Doyumu ve Sevgi Gösterme alt boyutları ortalama puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Çiftlerin Bağlılığı alt boyutu arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Gebelerin sosyal destek puan ortalamasının yüksek olduğu fakat evlilik uyumu ölçek puan ortalamasının düşük olduğu belirlenmiştir. Gebelerde algılanan sosyal destek arttıkça, evlilik uyumunun azaldığı tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Ebe, evlilik uyumu, gebelik, sosyal destek.

**ABSTRACT Aim:** This study was conducted to determine the relationship between the marital adjustment and perceived social support in pregnancy. **Material and Method:** This is a descriptive and correlational study. It was conducted at a maternity hospital in a province located in the Eastern Turkey. The population of the study consisted of all pregnant women applying to the related hospital. The sample group of the study consisted of 315 pregnant women, who applied to the related hospital between February-August 2014 and accepted to participate in the study. "Information Form", "Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support", and "Dyadic Adjustment Scale" were used to collect the data. The data were evaluated by using the percentage, mean, standard deviation, and the Pearson correlation test. **Results:** It was found that pregnant women had a total mean score of 61.68±20.05 in the Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support and a total mean score of 34.93±13.30 in the Dyadic Adjustment Scale. A statistically negative significant relationship was determined between mean scores of the Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support and mean scores of the subscales of Dyadic Adjustment, Dyadic Satisfaction and Showing Love. On the other hand, a positive significant relationship was determined between the Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support and the subscale of Dyadic Commitment. **Conclusion:** It was determined that pregnant women had high mean score of social support but low mean score of dyadic adjustment scale. It was found that as the perceived social support increased in pregnant women, the marital adjustment decreased.

**Keywords:** Midwife, marital adjustment, pregnancy, social support.

---

Geliş Tarihi: 18-06-2015/Kabul Tarihi: 25-12-2015

<sup>a</sup> Ebe, Nene Hatun Kadın Doğum Hastanesi

<sup>b</sup>Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

Sorumlu Yazar Adres/ Correspondence: Doç. Dr. Serap EJER APAY, e-mail:sejder@atauni.edu.tr

\*Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne Yüksek Lisans tezi olarak sunulmuştur.

**Atf:** Gümüüşdaş M, Ejder Apay S. Gebelikte Evlilik Uyumu ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki. HSP 2016;3(1):1-8.

**To cite this article:** Gümüüşdaş M, Ejder Apay S. The Relationship between the Marital Adjustment and Social Support in Pregnancy. HSP 2016;3(1):1-8.

## GİRİŞ

Gebelik, doğurgan çağdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olaydır. Bu dönemi, kadın yaşamında değişiklik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak görmek de mümkündür.<sup>1</sup> Gebe kadının fiziksel durumu, davranışları ve tepkileri büyük ölçüde içinde yaşadığı sosyal çevre tarafından etkilenmektedir. Fizyolojik açıdan gebeliği yaşayan kişi kadın olmasına rağmen, gebe kadının yakın çevresindeki bireyler de bu olaydan etkilenmektedirler. Gebelik deneyimi öncelikle gebenin eşi ve sosyal çevresi tarafından etkilenmekte ve gebeliğin gidişini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir.<sup>1-3</sup>

Evlilik uyumu çiftlerin uyumlu birlikteliklerinin sonucu olarak evlilik hayatlarında yaşadıkları memnuniyet ve mutluluk olarak tanımlanmıştır. Böylece, çiftlerden her ikisinin de ilişki sürdürebilme kapasiteleri evlilik uyumunu sağlamak için önemli hale gelmektedir.<sup>3</sup> Evlilik uyumu ile ilgili yapılan araştırmalardan, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, evlilik biçimi, evlilik süresi, yaş, evlilik yaşı, tanışma süresi gibi faktörlerin evlilik uyumunu etkilediği görülmüştür.<sup>4</sup> Çiftlerin evlilik uyumlarını etkileyen birçok faktör bulunmakla birlikte bireylerin sosyal destek kaynakları evlilik uyumunda önemli rol oynamaktadır.<sup>5</sup>

Sosyal destek; bireyde stres meydana getiren durumların olumsuz sonuçlarını azaltan değerlerin ve duyguların paylaşılmasına yardımcı olan, sosyal rollerin ve yaşamın getirdiği yeniliklere ve rollere uyum becerisini destekleyen bir sistem olarak tanımlanmaktadır.<sup>5-10</sup> Sosyal destek sistemi bireyin günlük yaşamında karşılaştığı zorluklar karşısında onun dayanıklılığını arttırmak için daimi olarak destek veren bir ağıdır. Bu ağın içerisinde ebeler, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, ilgili konuda danışmanlık yapan uzmanlar, eş, komşular, arkadaşlar ve akrabalar yer almaktadır.<sup>10</sup> Söz konusu destek ağı bireyin, stresli durumlara uyumunu kolaylaştırırken sorunların daha çabuk üstesinden gelebilmesi için bireye destek verir.<sup>11</sup> Sosyal destek, evliliklerde eşlerin karşılaştıkları problemlerle başa çıkma becerilerini arttırmada da önemli etkiye sahiptir.<sup>10</sup> Okanlı ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme

becerileri arasındaki ilişki incelenmiş ve sonuçta aileden algılanan sosyal destek puanlarının gebelerin problem çözme becerilerini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur.<sup>6</sup>

Son yıllara kadar gebelik birçok toplumda hastalık ya da duyarlılık dönemi olarak düşünülmüş, gebe ailesinden ayrı bir birey olarak kabul edilmiştir. Ancak son yıllarda aile merkezli bakıma verilen önemle birlikte gebeliğe ve doğuma, ailelerin de katılımını kolaylaştıracak sistemler oluşturulmuştur.<sup>1</sup> Gebelerin en önemli destekleyici kişilerinin eşi ve yakın akrabaları oldukları belirtilmektedir.<sup>5</sup> Özbey'in çalışmasında ailelerin evlilik uyumları ile sosyal destek kaynakları arasında da anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur.<sup>5</sup> Literatürde gebelikte evlilik uyumu ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Bundan hareketle, gebelikte evlilik uyumu ve sosyal destek düzeylerini belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

**Araştırma sorusu:** Gebelikte evlilik uyumu ve sosyal destek arasında ilişki var mıdır?

## GEREÇ VE YÖNTEM

**Araştırmanın Türü:** Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir.

**Araştırmanın Yeri:** Araştırma Türkiye'nin doğusunda bulunan bir ildeki doğum hastanesinde yürütülmüştür. İlgili hastane, Doğu Anadolu Bölgesindeki hasta potansiyelinin en fazla olduğu ve her kesimden gebenin başvurduğu bir hastane olduğu için tercih edilmiştir.

**Evren ve Örneklem:** Araştırmanın evrenini Türkiye'nin doğusunda bulunan bir ildeki Doğum Hastanesine başvuran gebeler (N=378) oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini 10 Şubat-31 Ağustos tarihleri arasında ilgili hastaneye başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan gebeler oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamıştır. Belirtilen tarihlerde araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 315 (%83) gebe ile çalışma yürütülmüştür.

**Tablo 1.** Gebelerin Sosyo-Demografik ve Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Yaş</b>		
18-26 yaş	142	45.1
27-35 yaş	141	44.8
36 yaş ve ↑	32	10.1
<b>Eğitim</b>		
İlköğretim	229	72.7
Lise	59	18.7
Üniversite	27	8.6
<b>Meslek</b>		
Ev hanım	274	87.0
Memur	27	8.6
Serbest meslek	14	4.4
<b>Yaşanılan Yer</b>		
Köy	57	18.1
İlçe	45	14.3
İl	213	67.6
<b>Evlilik Yaşı</b>		
16-20 yaş	159	50.5
21 yaş ve ↑	156	49.5
<b>Evlilik Şekli</b>		
Görücü usulü	184	58.4
Tanışarak	131	41.6
<b>Evlilik Yılı</b>		
1-5 yıl	197	62.5
6-10 yıl	57	18.1
11 yıl ve üstü	61	19.4
<b>Eş Yaş</b>		
19-29 yaş	105	33.3
30-40 yaş	183	58.1
41 yaş ve ↑	27	8.6
<b>Eş Eğitim</b>		
İlköğretim	146	46.3
Lise	118	37.5
Üniversite	51	16.2
<b>Eş Meslek</b>		
İşsiz	16	5.1
Memur	71	22.5
İşçi	40	12.7
Serbest meslek	188	59.7
<b>Gelir Durumu Algısı</b>		
Geliri giderinden az	50	15.9
Geliri giderine denk	248	78.7
Geliri giderinden fazla	17	5.4
<b>Aile Tipi</b>		
Geniş aile	102	32.4
Çekirdek aile	213	67.6
<b>Gebeliğin Planlanma Durumu</b>		
Planlayan	211	67.0
Planlamayan	104	33.0

Tablo 1.'in devamı	Sayı	Yüzde
<b>Gebelik Sayısı</b>		
1 gebelik	130	41.3
2 gebelik	81	25.7
3 gebelik	46	14.6
4 gebelik ve ↑	58	18.4
<b>Gebelik Haftası</b>		
27-33 hafta	172	54.6
34 hafta ve ↑	143	45.4
<b>Sosyal Destek Varlığı</b>		
Var	274	87.0
Yok	41	13.0
<b>Destek Olan Kişi (n=274)</b>		
Eş	155	56.6
Aile	21	7.7
Eş, aile, arkadaş	98	35.7
<b>Evlilik Uyumu Algısı</b>		
Orta	50	15.9
İyi	119	37.8
Çok iyi	146	46.3

**Araştırmaya Alınma Kriterleri:** Eşi ile ayrı yaşamayanlar, konuşma ve duyu kaybı olmaması, psikiyatrik bir tanı almamış olması, 20 hafta ve üzeri gebelik haftasına ulaşmış olması.

Örnekleme alınan gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

**Veri Toplama Formları:** Kişisel Bilgi Formu, Çiftler Uyum Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılmıştır.

### 1. Kişisel Bilgi Formu

Bu form araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini (gebelik sayısı, gebelik haftası) belirleyebilecek türde toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

### 2. Çiftler Uyum Ölçeği(ÇUÖ):

Spanier<sup>12</sup> tarafından 1976 yılında geliştirilen "Çiftler Uyum Ölçeği" (ÇUÖ), 2000 yılında Fışiloğlu ve Demir<sup>13</sup> tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Toplam 32 sorudan oluşan ölçek likert tipindedir. Ölçek evliliğin niteliğini, evlilikteki uyumu ve uyumun kalitesini en güvenilir ve geçerli şekilde ölçmekte, aile terapisi alanında, klinik ve araştırma amacıyla evlilik uyumunun ölçümünde yaygın olarak kullanılmaktadır.

Ölçek evlilikte eşler arasındaki ilişkinin 4 boyutunu ölçmektedir. Bu 4 boyut ölçeğinin alt boyutlarını oluşturmaktadır. Bunlar:

1. Çift Uyumu Alt Boyutu: Evlilik ilişkisi içinde önemli konularda anlaşma düzeyi, fikir birliğı ile ilgili toplam 13 sorudan oluşmaktadır. Bu bölümden alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 65'tir.
2. Çift Doyumu Alt Boyutu: Duygu ve iletişim ile ilgili olumlu ve olumsuz özellikleri değerlendiren toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Bu bölümden alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 50'dir.
3. Sevgi Gösterme Alt Boyutu: Sevgi gösterme şekillerinde anlaşma ve sevgi gösterme davranışları ile ilgili toplam 4 sorudan oluşmaktadır. Bu bölümden alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 12'dir.
4. Çiftlerin Bağlılığı Alt Boyutu: Birlikte geçirilen zamanla ilgili toplam 5 sorudan oluşmaktadır. Bu bölümden alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 24'tür.

Toplam 32 sorudan oluşan ölçeğinin 29. ve 30. sorularının puanları 0-1 puan, 23. ve 24. sorularının puanları 0-4 puan, 1-22, 25-28 ve 32. sorularının puanları 0-5 puan, 31. sorunun puanı ise 0-6 puan arasında değişmektedir. Ölçek toplam puan üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 151'dir. Toplam puanın yüksek oluşu bireyin ilişkisinin ya da evlilik uyumunun daha iyi olduğunu göstermektedir.

Fışıloğlu ve Demir'in geçerlilik güvenilirlik çalışmasında; ÇUÖ'nün Türkçe versiyonunun Cronbach Alfa katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur.<sup>13</sup> Bu araştırmada ÇUÖ'nün Cronbach Alfa katsayısı 0.79 olarak tespit edilmiştir.

### 3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimmet ve arkadaşları<sup>14</sup> tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğinin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker, Arkar ve Yıldız<sup>15</sup> tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Ölçek üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğinin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmekte ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri dört maddeden oluşan desteğinin kaynağına ilişkin üç grup vardır. Bunlar; aile, arkadaşlar ve özel bir insandır. Bu araştırmada özel insan olarak gebelerin eşlerini düşünmeleri istenmiştir. Ölçek, yedili likert tipinde olup,

'tamamen katılıyorum' (7 puan), 'çoğunlukla katılıyorum' (6 puan), 'katılıyorum' (5 puan), 'kararsızım' (4 puan), 'katılmıyorum' (3 puan), 'çoğunlukla katılmıyorum' (2 puan) ve 'hiç katılmıyorum' (1 puan) seçeneklerinden oluşmaktadır. Her alt boyuttaki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt boyut puanlarının toplanması ile de ölçeğinin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Eker ve arkadaşları ölçeğinin toplam Cronbach alfa katsayısını 0.89 olarak vermişlerdir.<sup>15</sup> Bu araştırmada ise ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0.95 olarak tespit edilmiştir.

### Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımsız Değişkenler:** Gebelerin sosyo-demografik, obstetrik özellikleri, gebelerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt boyut ve toplam puan ortalamaları.

**Bağımlı Değişken:** Gebelerin çiftler uyumu ölçeğinin alt boyut ve toplam puan ortalamaları.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 21 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler, ortalama, standart sapma, ve pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Araştırmada anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

### Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulundan etik onay ve araştırmanın yürütüldüğü kurumdan gerekli resmi izinler alınmıştır.

Veri toplamadan önce gebelere araştırma hakkında bilgi verilerek "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan gebelerin bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğinin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir.

**Araştırmanın Sınırlılığı:** Araştırmada örnekleme yöntemi kullanılmaması bu çalışmanın sınırlılığıdır.

**BULGULAR**

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

**Tablo 2. Gebelerin ÇBASDÖ'den ve ÇUÖ'den Alınabilecek ve Alınan Min-Max Puanlar ile Gebelerin Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Ölçek Alt Boyutları	Alınabilecek Min-Max Puanlar	Alınan Min-Max Puanlar	Alınan Puan Ortalamaları
ÇBASDÖ	Aile	4-28	23.85±5.49
	Arkadaş	4-28	18.07±8.03
	Özel İnsan	4-28	19.75±8.60
<b>Toplam Puan</b>	12-84	12-84	61.68±20.05
ÇUÖ	Çift Uyumu	0-65	10.59±9.16
	Çift Doyumu	0-50	11.56±4.89
	Sevgi Gösterme	0-12	2.55±0.38
	Çiftlerin Bağlılığı	0-24	10.21±4.62
<b>ÇUÖ Toplam Puan</b>	0-151	11-83	34.93±13.30

ÇBASDÖ ve ÇUÖ'den alınan min-max puanlar ile gebelerin aldıkları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 2), gebelerin ÇBASDÖ'nin Aile, Arkadaş, Özel insan alt boyutlarından aldıkları en düşük puanın 4, en yüksek puanın 28, Aile alt boyut puan ortalamasının 23.85±5.49, Arkadaş alt boyut puan ortalamasının 18.07±8.03, Özel insan alt boyut puan ortalamasının 19.75±8.60 ve ölçek toplam puan ortalamasının 61.68±20.05 olduğu tespit edilmiştir.

Gebelerin ÇUÖ'nin Çift uyumu alt boyutundan aldıkları en düşük puanın 0, en

yüksek puanın 40, Çift doyumu alt boyutundan aldıkları en düşük puanın 4 en yüksek puanın 32, Sevgi gösterme alt boyutundan aldıkları en düşük puanın 0, en yüksek puanın 12, Çiftlerin bağlılığı alt boyutundan aldıkları en düşük puanın 1, en yüksek puanın 23 ve Çift uyumu alt boyut puan ortalamasının 10.59±9.16, Çift doyumu alt boyut puan ortalamasının 11.56±4.89, Sevgi gösterme alt boyut puan ortalamasının 2.55±2.38, Çiftlerin bağlılığı alt boyut puan ortalamasının 10.21±4.62 ve toplam puan ortalamasının 34.93±13.30 olduğu bulunmuştur.

**Tablo 3. Gebelerin ÇBASDÖ Puan Ortalaması İle ÇUÖ Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi**

ÖLÇEKLER		Çiftler Uyum Ölçeği					
		Çift Uyumu	Çift Doyumu	Sevgi Gösterme	Çiftlerin Bağlılığı	Toplam	
ÇBASDÖ	Aile	r	-.423**	-.257**	-.386**	.276**	-.359**
		p	.000	.000	.000	.000	.000
	Arkadaş	r	-.285**	-.190**	-.329**	.277**	-.229**
		p	.000	.000	.000	.000	.000
	Özel İnsan	r	-.369**	-.201**	-.338**	.293**	-.287**
		p	.000	.000	.000	.000	.000
	Toplam	r	-.388**	-.233**	-.383**	.312**	-.313**
		p	.000	.000	.000	.000	.000

\*\* p<0.01

Gebelerin ÇBASDÖ puan ortalaması ile ÇUÖ puan ortalaması arasındaki ilişki Tablo 3'de görülmektedir.

ÇBASDÖ'nin Aile alt boyut puan ortalaması ile ÇUÖ'nin Çift uyumu, Çift doyumu, Sevgi gösterme alt boyutu ve ölçek

toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki, Çift bağlılığı alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.01) (Tablo 3).

ÇBASDÖ'yi Arkadaş alt boyut puan ortalaması ile ÇUÖ'nin Çift uyumu, Çift

doyumunu, Sevgi gösterme alt boyutu ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki, Çift bağlılığı alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ) (Tablo 3).

ÇBASDÖ'yi Özel insan alt boyut puan ortalaması ile ÇUÖ'nin Çift uyumu, Çift doyumunu, Sevgi gösterme alt boyut puan ortalamaları ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki, Çift bağlılığı alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ) (Tablo 3).

ÇBASDÖ'yi toplam puan ortalaması ile ÇUÖ'nin Çift uyumu, Çift doyumunu, Sevgi gösterme alt boyut puan ortalamaları ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki, Çift bağlılığı alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ) (Tablo 3).

## TARTIşMA

Gebelik, kadınların en önemli özelliklerinden birisidir ve kadınların yaşamında gebelik önemli bir yer tutar. Gebelikte meydana gelen fiziksel ve psikolojik değişiklikler gebeliğin seyrini olumlu ya da olumsuz etkilediğinden dolayı gebelik incelenmesi gereken bir konudur.

Araştırmada ÇBASDÖ'nün toplam puan ortalaması (ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 84 olduğu düşünülürse) orta düzeyden biraz daha yüksek olduğu söylenebilir. ÇBASDÖ'nin alt boyutlarından alınabilecek en yüksek puanın 28 olduğu düşünülürse alt boyutların hepsinin puan ortalamasının orta düzeyden yüksek olduğu söylenebilir. (Tablo 2) Bu çalışmanın bulguları Karataş ve Mete,<sup>16</sup> Mermer ve ark.,<sup>17</sup> Cebeci ve ark.,<sup>18</sup> Metin,<sup>19</sup> Yılmaz<sup>20</sup> ve şen ve şirin'in<sup>21</sup> bulguları ile benzerlik göstermektedir. Literatür ve söz konusu araştırma karşılaştırıldığında bulguların benzer olduğu aile ve özel insandan algılanan sosyal desteğin, arkadaştan algılanan sosyal destekten daha yüksek olduğu bulunmuştur. Türk toplumunda gebelik istendik bir durum olduğu için ve yeni bireyin neslin devamını sağlamadaki öneminden dolayı aile ve eş tarafından gebenin daha fazla desteklendiği düşünölmektedir. Gebelikte sosyal destek sistemlerinin yeterli olması; gebe kadınları duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta ve

sosyal çevresinden aldığı desteği sayesinde, gebeliğini daha olumlu geçirdiği, annelik rolünü daha çabuk kazandığı ve doğum sonrası daha az sorun yaşadıkları belirtilmiştir.<sup>17,22</sup>

Araştırmada gebelerin ÇUÖ'nin toplam puan ortalamasının ve alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının düşük olduğu söylenebilir (Tablo 2). Bu çalışmanın bulguları Taşçı ve ark.,<sup>23</sup> Bodur ve ark.,<sup>24</sup> şen ve ark.<sup>25</sup> ve Sis'in<sup>26</sup> bulguları ile zıtlık göstermektedir. Söz konusu bu üç araştırmada infertil kadınlarda çift uyumuna bakılmış olup ve toplam puan ortalamalarının oldukça yüksek olduğu görölmüştür. Sis (2010) menopoz dönemindeki kadınlarda çift uyumuna bakılmış olup menopoz dönemindeki kadınların da çift uyumunun yüksek olduğu saptanmıştır.

Bunun sebebinin gebelikte annelik içėüdüsunün daha baskın hale gelebileceği, ilginin aileye yeni katılacak bebeğe yönelebileceği ve cinsel ilişki sürecinin bebeğe zarar verebileceği düşünöncesi ile kadında cinsel hayatın ve buna bağlı olarak da çift uyumunu olumsuz etkilediği düşünölebilir.

Bu araştırmada gebelerde çiftlerin bağlılığı alt boyutu ortalamasının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bunun sebebi çiftlerin dünyaya gelecek bebeğe karşı sorumluluk hissetmeleri ve kendileri ile ilgili bir durumdan olumsuz etkilenmesini istemedikleri olarak düşünölmüştür.

Evlilik, karşılıklı cinsel doyumun sağlanması, birlikteliliği, dayanışmayı ama bunlardan da önemlisi, neslin devamını sağlayan bir ilişki biçimidir.<sup>27</sup> Aynı zamanda evlilik; toplumlarda farklı yapılar gösterebilen, aile kurmayı ve türün devamını sağlayan iki insanın kalıcı bir beraberlik için bir araya gelerek oluşturdukları, birbirlerine ve çocuklarına karşı ortak sorumluluklarını yerine getirmeye söz verdikleri, birbirine bağlı sistemlerden oluşan evrensel bir kurumdur. Evlilikte uyum önemli olup bu tamamen kişilerin sahip oldukları iletişim becerileri ile doğru orantılıdır. Evlilikteki uyum çiftlerin evlilikten elde edecekleri doyumun ve mutluluğun düzeyini etkilediği için önemlidir.<sup>27</sup>

Araştırmada gebelerin ÇBASDÖ puan ortalaması ile ÇUÖ'nin Çift Uyumu, Çift Doyumu ve Sevgi Gösterme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki, Çift Bağlılığı alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu

saptanmıştır. Aile, arkadaş ve özel insandan algılanan sosyal destek arttıka, çift uyumu, çift doyumunu ve sevgi gösterme azalırken, çiftlerin bağlılığı artmaktadır (Tablo 3).

şener ve Terzioğlu<sup>28</sup>, Özbey<sup>10</sup> ve Eren'in<sup>29</sup> yapmış olduğu çalışmalarla bu araştırmanın bulguları zıtlık göstermektedir. Eren<sup>29</sup> infertil çiftlerde algılanan sosyal desteğin evlilik uyumuna olumlu etkisi olduğunu bulmuştur. Bu çalışmada ise algılanan sosyal destek arttıka çift uyumunun azaldığı bulunmuştur. Bunun sebebi ise gebenin çevresinden aldığı sosyal destek gebenin özgüvenini artırır, pozitif duyguları güçlendirir. Gebe aldığı sosyal destekle geçirdiği vakit kaliteli olur ve tüm bunlar gebeyi duygusal anlamda doyuma ulaştırdığı düşünülürse algılanan sosyal desteğin çift uyumuna negatif yönde etkileyebileceği düşünölmüştür. Eşler birbiri ile ne kadar çok vakit geçirirlerse evlilik uyumları ve doyumları o kadar artar. Çiftler ve sosyal çevreleri de gebelikte evlilik ve evlilik uyumundan daha çok gebeliğe ve aileye katılacak yeni bireye yoğunlaştığından dolayı ÇBASDÖ alt boyutlarından çift uyumu, çift doyumunu ve sevgi gösterme arasında negatif fakat çiftlerin bağlılığı konusunda pozitif bir ilişki bulunmuştur. Çünkü aileye katılacak yeni bireyin çiftlerin bağlılığını artırabileceği ve güçlendirebileceği düşünölmüştür.

### Sonuç ve Öneriler

Gebelikte evlilik uyumu ve sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- ✓ Gebelerin aileden ve özel kişiden (eşinden) algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu,
- ✓ Gebelikte evlilik uyumunun düşük olduğu,
- ✓ Gebelikte sosyal destek arttıka çift uyumu, çift doyumunu ve sevgi göstermenin azaldığı,
- ✓ Gebelikte sosyal destek arttıka çiftlerin bağlılığının arttığı belirlenmiştir.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- Gebelik döneminde, gebelerin kendilerini ifade etmelerinin sağlanması ve böylece sosyal destek algılarının belirlenmesi,

- Gebe, eş ve ailesinin, gebelik dönemindeki sosyal destek algısı ile ilgili bilgi eksikliklerinin giderilmesi, gerekirse bu eksikliklerin kitle iletişim araçlarıyla desteklenmesi,
- Gebelere sağlık çalışanları tarafından da sosyal destek verilmesi,
- Gebelik döneminde çiftlerin uyumunun belirlenmesi ve iyileştirmeye yönelik uygun ebelik girişimlerinin planlanması önerilebilir.

### KAYNAKLAR

1. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Ankara Sistem Ofset, 11.Baskı, 2012.
2. Gözüyeşil EY, şirin A, Çetinkaya ř, Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008, 3:39-66.
3. Akar H. Psikiyatrik Yardım Talebi Olanlar ile Yardım Talebi Olmayan ve Boşanma Aşamasında Olan Çiftlerde Çift Uyumu ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması. TC. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2005.
4. Çelik CK. Eğitim Yöneticilerinin Mesleki Tükenmişlikleri ile Evlilik Doyumu Arasındaki İlişki. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat, 2006.
5. Özbey S. Ebeveynlerin evlilik uyumu ve algıladıkları sosyal destek ile altı yaş çocuklarının problem davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Gazi Üniversitesi Kastamonu Eğitim Dergisi*, 2012, 20:43-62.
6. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003, 4:98-105.
7. Khorshid L, Arslan G. Hemşirelik ve sosyal desteğin önemi. *Dirim Dergisi*, 2006, 81, 182-188.
8. Sürücü M. Lise Öğrencilerinin Mesleki Olgunluk ve Algıladıkları Sosyal Destek Sisteminin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi, Yüksek lisans tezi, Ankara, 2005.
9. Toepfer SM. Family social support and family intrusiveness in young adult

- women. *Family Science Review*, 2010, 15: 57-65.
10. Özbey S. Eşlerin algıladıkları sosyal desteğin ailenin bazı özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi, *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2012, 13:167-181.
  11. Kartal A, Çetinkaya B. Yüksekokul öğrencilerinin algılanan sosyal destek durumları ve sosyal desteği etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, 4:159-173.
  12. Spanier GB. Measuring Dyadic Adjustment: A new scale for assessing the quality of marriage and the similar dyads, *J Marriage Fam* 1976; 38: 15-28.
  13. Fışıloğlu H, Demir A. Applicability of the dyadic adjustment scale for measurement of marital quality with Turkish couples, *European Journal of Psychological Assessment*, 2000, 16: 214-218.
  14. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG ve ark. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment* 1988; 52: 30-41.
  15. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12: 17-25.
  16. Karataş T, Mete S. Gebelikte bulantı kusma sorunu yaşama durumu ile sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2012, 5: 47-52.
  17. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2010, 1:71-76.
  18. Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E, Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: Obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 2002, 10: 11-18.
  19. Metin A, Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağliğı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2014.
  20. Yılmaz F. Gebelerde Algılanan Sosyal Destek İle Gebeliğ ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağliğı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2012.
  21. şen E, şirin A. Preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2013; 19:159-163.
  22. Eisenbruch S, Benson S, Rücke M, Rose M. Social support during pregnancy effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction Update*, 2007, 22: 869-877.
  23. Taşçı E, Balsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dernei Dergisi*, 2008, 5:105- 10.
  24. Bodur NE, Behçet Çoşar B, Erdem M. İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2013, 38: 51-2.
  25. şen E, Bulut S, şirin A. Primer infertil kadınlarda eşlerarası uyumun incelenmesi *F.N. Hemşirelik Dergisi*, 2014, 22(1):17-24.
  26. Sis A, Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Menopozal Yakınmalarının Evlilik Uyumuna Etkisinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağliğı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2010.
  27. Yalçın H, Evlilik uyumu ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2014, 3(1): 250-256.
  28. şener A, Terzioğlu G. Arkadaşlık ilişkilerinin evlilik uyumu üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar Dergisi* 2008, 1:1-15.
  29. Eren N. İnfertil Çiftlerde Algılanan Sosyal Desteğin İnfertilite İle İlişkili Stres ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2008.



## Çocukluk Döneminde Yaşanan İhmal veya İstismarın Benlik Saygısına Etkisinin İncelenmesi

### Examination of the Effects of Childhood Experience of Neglect or Abuse and Self-Esteem

Güliz ONAT<sup>a</sup>, Hüsniye DİNÇ<sup>b</sup>, Sevil GÜNAYDIN<sup>c</sup>, Figen UĞURLU<sup>d</sup>

**ÖZET Amaç:** Kız öğrencilerin çocukluk döneminde ihmal veya istismara maruz kalma durumu ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı özellikteki bu çalışma ebelik ve hemşirelik bölümünde öğrenim gören 335 kız öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ve anket formu kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. **Bulgular:** Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği'nden alınan puan ortalaması 69, 91±16, 41'dir. Öğrencilerin %81'i çocukluk döneminde ebeveynlerinin sınırlıyken bağırıp azarladığını, %74'ü ise isteklerinin göz ardı edildiğini bildirmişlerdir. Buna rağmen katılımcıların çoğunluğu aileleri tarafından beslenmeye özen gösterildiğini ve sevildiğini bildirmişlerdir. **Sonuç:** Çalışma grubumuzda kız öğrencilerin benlik saygılarının orta düzeyde olduğu; duygusal ve fiziksel yönden ihmal edilen öğrencilerin bulunduğu ve bu öğrencilerin benlik saygılarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Benlik saygısı, çocukluk dönemi, ihmal, istismar

**ABSTRACT Aim:** The aim of the present study is to assess the relationship between female students' experience of childhood neglect or abuse and self-esteem. **Material and Methods:** The current descriptive and correlational study was conducted among 335 female students who were studying nursing/midwife. "Coopersmith Self-Esteem Inventory" and questionnaire form was used to collect data. The data were obtained via face-to-face interview. **Results:** The mean Coopersmith Self-Esteem Inventory score was 69, 91 ± 16, 41. Of the students, 81% reported being exposed to scold and 74% neglected by their parents and in childhood period. Despite this, most of the participants reported to paid attention on nutrition and loved by their parents. **Conclusion:** The results reveal that female students in the sample have a medium level of self-esteem, there are some students who have experienced emotional and physical neglect, and students who experienced emotional and physical neglect have significantly lower self-esteem scores than those did not.

**Key words:** Abuse, childhood, neglect, self-esteem

---

Geliş Tarihi/Received: 2015-07-31/ Kabul Tarihi/Accepted: 2015-11-27

<sup>a</sup> Doç. Dr., E-mail: [gulizonat@hotmail.com](mailto:gulizonat@hotmail.com)

<sup>b</sup> **Sorumlu Yazar / Correspondence Dr.**, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Demirkapı Cad. Karabal Sk. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi içi 34740 Bakırköy/İstanbul E-mail: [husniyedinc@hotmail.com](mailto:husniyedinc@hotmail.com)

<sup>c</sup> M.Sc., İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Demirkapı Cad. Karabal Sk. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi içi 34740 Bakırköy/İstanbul E-mail: [svlgunaydin@hotmail.com](mailto:svlgunaydin@hotmail.com)

<sup>d</sup> M.Sc., E-mail : [fugurluyum@hotmail.com](mailto:fugurluyum@hotmail.com)

**Atf:** Onat G, Dinç H, Günaydın S, Uğurlu F. Çocukluk Döneminde Yaşanan İhmal veya İstismarın Benlik Saygısına Etkisinin İncelenmesi. HSP 2016;3(1): 9-15.

**To cite this article:** Onat G, Dinç H, Günaydın S, Uğurlu F. Examination of the Effects of Childhood Experience of Neglect or Abuse and Self-Esteem. HSP 2016;3(1): 9-15.

## GİRİŞ

Çocuk istismarı ve ihmali ana, baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür.<sup>1</sup> On sekiz yaş altı çocuklara yapılan kötü muamele; istismar ve ihmaldir. Bu da çocukların sağlığına, yaşamına, gelişimine, saygınlığına mevcut veya olası zarar ile sonuçlanan her türlü fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmali kapsar. Uluslararası çalışmalarda her beş kadından birinin ve her on üç erkekten birinin çocukluğunda cinsel tacize maruz kaldığı, tüm yetişkinlerin ise dörtte birinin çocukluğunda fiziksel istismara maruz kaldıkları bildirilmektedir.<sup>2</sup>

İstismar sadece olayın yaşandığı zaman süreci içinde değil kişinin hayatında uzun yıllar etkisini koruyan bir durumdur. Çocukların kendilerini en fazla güvende hissedecekleri yer aile ortamı olmasına rağmen, en çok risk altında kaldıkları yer de yine aile ortamıdır.<sup>1</sup> Çocukların aile içinde istismara maruz kalmalarını; ebeveynlerin özellikleri, sosyal sorunlar, ebeveyn ile çocuk arasındaki sağlıklı etkileşim ve çocuğun gelişimsel sorunları etkilemektedir. Ayrıca düşük sosyo-ekonomik seviye, yaşam alanının yeterli olmaması, geniş aile yapısı, göç varlığı, parçalanmış aile, ebeveynlerin mutsuz evlilikleri, ebeveynlerde madde kullanım öyküsünün varlığı çocuğa yönelik ihmal ve istismarın ortaya çıkmasında etkili olan faktörler olarak bildirilmektedir.<sup>3,4</sup>

İstismar ve ihmalin, çocuklar üzerindeki kısa ve uzun süreli sonuçlarını ortaya koymak için yapılan çoğu çalışmada çocuğun davranışsal, sosyal, bilişsel ve duygusal problemin ortaya çıktığı tespit edilmiştir.<sup>5</sup> Bu problemler; güvensiz bağlanma, düşük benlik saygısı, düşük okul başarısı, davranışsal problemler, suça eğilim, yeme bozuklukları, cinsel sağlık problemleri, madde kullanımı, majör depresyon gibi olumsuzluklardır.<sup>5,6</sup>

Benlik saygısı; kişinin kendini değerlendirmesi sonucunda ortaya çıkan beğeni durumudur. Benlik saygısı, bireyin kendisini olduğundan aşağı ya da üstün görmeksizin kendinden memnun olma durumudur.<sup>7</sup> Kişi kendini eleştirebilir ya da kendini tümünden olumlu bulabilir. Kişinin kendini beğenmesi, benliğine

saygı duyması için üstün özelliklerinin olması gerekmez.<sup>8</sup> Arkadaşlar ve aileden alınan sosyal destekle benlik saygısı artar.<sup>9</sup> Benlik saygısı öğrenilen bir fenomen ve yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Beden imgesi (gerçek benlik), ailede ebeveynlerin çocuğa ilişkin sözel ya da sözel olmayan davranışlarıyla oluşur ve yaşamın ilk yıllarında gelişmeye başlar. Ebeveynlerin çocukla etkileşimi, çocuğun aile içindeki yerini belirler. Çocuğun bakımı, eğitimi ve çocuğun sosyalleştirilmesi anne babanın en önemli görevleri arasındadır. Ayrıca koruma, güven duygusu kazandırma ve topluma uyumlu bir kişilik geliştirmesini sağlama işlevleri de bulunmaktadır. Dolayısıyla çocuğun fizyolojik ve psikolojik gelişimin de aile önemli rol oynamaktadır.<sup>10</sup> Çocukluk yaşantılarında ihmal ve istismar öyküsü bulunan yetişkinler ruhsal sorunlar açısından daha yüksek risk altındadırlar.<sup>11</sup>

Benlik saygısının gelişmeye başladığı çocukluk döneminde istismar ve ihmal edilen çocukların benlik saygıları olumsuz etkilenebilmektedir. Kız çocukları çocukluk döneminde cinsiyetlerinden ötürü daha fazla istismar ve ihmale maruz kalmaktadır. Bu çalışmanın amacı kız öğrencilerin çocukluk döneminde istismara veya ihmale maruz kalma durumlarını belirlemek ve bu durumun benlik saygısına etkisini değerlendirmektir. Bu doğrultuda araştırma soruları;

1. Çocukluk döneminde yaşanan ihmal ve istismar benlik saygısını etkiler mi?
2. Çocukluk döneminde yaşanan ihmal ve istismar nasıldır?
3. Örneklem grubunun benlik saygısı düzeyi nedir?

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Tasarımı, Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Sağlık Yüksekokulu'nda 2007–2009 yılları arasında gerçekleştirilmiş olup tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlanmıştır.

### Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sağlık Yüksekokulu'nda 2007–2009 yılları arasında ebeklik ve hemşirelik bölümünde öğrenim gören tüm kız öğrenciler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise; belirtilen zaman dilimi içerisinde eğitim gören ve

araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 335 kız öğrenci oluşturmaktadır.

### Veri Toplama Araçları ve Uygulanması

Çalışma kapsamına verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği” kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen tanıtıcı bilgi formunda öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini içeren 15 soru ile çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmal durumlarını değerlendiren 18 soru yer almaktadır.

Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (CBSÖ): Stanley Coopersmith tarafından 1975 yılında geliştirilen, özellikle yetişkinlere olmak üzere çeşitli yaş gruplarına uygulanabilecek bir ölçektir. Türkiye’de ölçek Tufan ve Turan (1987) tarafından Türkçe’ye uyarlanarak, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek “benim gibi” ve “benim gibi değil” şeklinde yanıt seçenekleri bulunan 25 ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin puanlaması; her doğru ifade için “4”, yanlış ifade için ise “0” puan olarak belirlenmiştir. Ölçekten en yüksek 100 puan, en düşük puan ise 0 puan alınabilmektedir. Ölçekten elde edilen toplam puan, 10-30 arasında ise düşük, 31-70 arasında ise orta, 71-100 arasında ise yüksek benlik saygısı olarak tanımlanmaktadır. Tufan tarafından ölçeğin alfa katsayısı  $r=0.62$  olarak bulunmuştur. Yine Turan ve Tufan’ın birer yıl arayla yapmış oldukları çalışmalarda ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği  $r=0.65$ ,  $r=0.76$  olarak saptanmıştır.<sup>10,12</sup>

Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmış ve her katılımcının bilgi formunu kendisinin yanıtlaması sağlanmıştır.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonuçları ortalama  $\pm$  standart sapma ya da sayı (yüzde) olarak gösterilmiştir. Ayrıca verilerin değerlendirilmesinde ki-kare, t test ve Anova testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığını görmek amacıyla Shapiro-Wilk testi uygulanmış ve tüm grupların %95 güvenle normal dağıldığı saptanmıştır.

### Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü’nden izin alınmıştır. Araştırmayı kabul eden öğrenci ebe ve hemşirelerden sözlü onay alınmıştır.

### BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan katılımcıların (n=335) ve ebeveynlerinin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde (Tablo 1), katılımcıların yaş ortalamasının  $20,37\pm 1,80$  olduğu, çoğunluğunun çekirdek aile tipine (%82) sahip, geliri giderine denk (%69), annelerin eğitiminin en fazla ilkokul (%53), babaların eğitiminin ise en fazla ortaokul ve üzeri (%54,4) olduğu saptanmıştır.

Katılımcılara CBSÖ uygulanmıştır. Ölçekten alınan puanlar 16-100 arası değişmekte olup; ortalaması  $69,91\pm 16,41$  olarak belirlenmiştir. Tablo 2’de ölçek puanlarının dağılımlarına yer verilmiştir.

Katılımcıların çocukluk döneminde istismar ve ihmal edilme durumları değerlendirilmiş ve her bir ifade CBSÖ toplam puan ortalamalarıyla karşılaştırılmıştır (Tablo 3). Buna göre; ebeveynleri tarafından tokata, azarlanmaya, korkutulmaya, tehdide, toplum önünde küçük düşürülmeye maruz kalan; kişisel bakımına ve beslenmesine özen gösterilmeyen, ev ödevlerine yardım edilmeyen, sevildiği belli edilmeyen öğrencilerin benlik saygısı puanlarının istatistiksel olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

İstismar ve ihmal edilme durumları arasında dikkati çeken önemli bulgular öğrencilerin %81’i (n=271) çocukluk döneminde ebeveynleri tarafından bağırıp azarlanması, %74’ü (n=248) isteklerinin göz ardı edilmesi, %36’sı (n=121) kendisine tokat atılmasıdır. Ayrıca öğrencilerin %23’ünün (n=77) bazen veya her zaman tehdit edildiği ve toplum önünde küçük düşürüldüğü, %43’ünün (n=144) korkutulduğu, %34’ünün (114) kötü söze maruz kaldığını ve %8’inin (n=27) evde yalnız bırakıldığı saptanmıştır.

Buna rağmen öğrencilerin neredeyse tamamı bazen veya her zaman beslenmesine gerekli özenin gösterildiğini (%99, n=332), sevildiğinin belli edildiğini (%98, n=328), hastalık durumunda doktora götürüldüğünü (%98, n=328), kişisel bakımına özen gösterildiğini (%96, n=321) ve ev ödevlerini

yapmasına yardımcı olduğunu (%88, n=294) belirtmişlerdir.

CBSÖ toplam puan ortalaması ile yaş grupları (20 ve altı; 21 ve üzeri) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ( $t = -2,10$ ;  $p = 0,36$ ). CBSÖ toplam puan ortalaması ile kardeş sayısı ( $F = 0,35$ ;  $p = 0,69$ ) arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

**Tablo 1. Katılımcıların ve ebeveynlerinin tanıtıcı özellikleri**

Özellikler	Min-Max	$\bar{X} \pm SD$	
Öğrenci yaşı (n=335)	17-31	20,37±1,80	
Anne yaşı (n=334)*	34-65	45,85±5,78	
Baba yaşı (n=324)**	36-73	49,41±5,90	
Kardeş sayısı (n=335)	1-13	2,98±2,01	
		n	%
Aile tipi	Çekirdek aile	274	82,0
	Geniş aile	54	16,0
	Parçalanmış aile	7	2,0
Ekonomik durum	Geliri giderine denk	231	69,0
	Geliri giderinden fazla	37	11,0
	Geliri giderinde az	67	20,0
Annenin eğitim durumu	Okuryazar	76	22,6
	İlkokul	178	53,0
	Ortaokul ve üzeri	81	24,4
Babanın eğitim durumu	Okuryazar	24	7,2
	İlkokul	129	38,4
	Ortaokul ve üzeri	182	54,4

\* Annesi sağ olanlar \*\* Babası sağ olanlar

**Tablo 2. Benlik saygısı ölçek puanlarının dağılımı**

Sınıflandırma	n	%
10-30 Düşük	7	2,1
31-70 Orta	142	42,4
71-100 Yüksek	186	55,5
<b>Toplam</b>	<b>335</b>	<b>100,0</b>

## TARTIŞMA

Çocukluk dönemi benlik saygısının gelişimi açısından önemli bir dönem olarak ifade edilebilir.<sup>13</sup> Çalışmada öğrencilerin CBSÖ'nden aldıkları puanlar doğrultusunda benlik saygılarının orta düzeyde ( $69,91 \pm 16,41$ ) olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde hemşirelik öğrencilerinin CBSÖ puan ortalamaları Taysi'nin (2000) çalışmasında  $65,6 \pm 16,9$ ; Kahriman'ın (2006) çalışmasında  $69,1 \pm 17,3$ , Karadağ ve ark. (2008) çalışmasında  $69,13 \pm 15,5$ ; Torun ve ark. (2012) çalışmasında  $68,56 \pm 18,27$  olarak belirlenmiştir.<sup>8-10,14</sup> Ancak Özkan ve Özen'in (2008) 322 hemşirelik öğrencisi ile yaptığı çalışmasında öğrencilerin %65'inin, Dinçer ve Öztunç'un (2009) 409 ebe ve hemşire öğrenciler ile yaptığı çalışmasında ise %61,4'ünün benlik saygısının yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>13,15</sup> Literatürdeki çalışmalarda benlik saygısı ortalamaları değişiklik göstermektedir.

Genellikle disiplin ve cezalandırma amacıyla uygulanan dayanın Türkiye'de de yaygın olduğu ve en sık gerçekleşen fiziksel istismar şeklinin ise tokat atarak cezalandırma olduğu bildirilmektedir.<sup>16</sup>

Çalışmaya katılan öğrencilerin %37'si çocukluğunda kendisine tokat atıldığını bildirmiştir. Çetinkaya (2013)'nin çalışmasında üniversite öğrencilerinin %26,3'ü fiziksel şiddete maruz kaldığını; Ayan (2011)'in ilköğretim öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada ise öğrencilerin %27,5'i annesi tarafından, %14,2'si babası tarafından tokat atıldığını belirtmişlerdir.<sup>17,18</sup> Bilge ve ark. (2013)'nin ebeveynlerle yaptıkları çalışmasında çocukların zaman zaman dayığı hak ettiklerini belirten anne-babaların oranı %17,4 olarak saptanmıştır.<sup>19</sup>

**Tablo 3. Katılımcıların çocukluk döneminde istismar ve ihmal edilme durumları ile CBSÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması**

İstismar/İhmal Edilme Durumları	Her zaman %	CBSÖ $\bar{X} \pm SD$	Bazen %	CBSÖ $\bar{X} \pm SD$	Asla %	CBSÖ $\bar{X} \pm SD$	F	P
İsteklerinizi göz ardı etme	2,0	64,57±22,55	72,0	69,28±15,84	26,0	69,91±16,41	1,30	0,27
Hastalık durumunda doktora götürme	78,0	63,00±15,52	20,0	67,04±18,87	2,0	70,86±15,67	2,18	0,11
Sinirliyen tokat atma	6,0	62,66±22,66	30,0	67,18±16,45	64,0	71,83±15,49	4,74	0,00*
Sinirliyen bağırıp azarlama	9,0	60,12±20,82	72,0	70,27±15,63	19,0	73,46±15,31	7,29	0,00*
Korkutma	4,0	61,33±21,57	41,0	68,94±14,32	55,0	71,32±15,83	3,00	0,05*
Tehdit etme	4,0	68,33±18,36	19,0	63,49±19,08	77,0	71,53±15,25	6,34	0,00*
Kötü söz söyleme	4,0	67,33±21,69	30,0	69,30±17,93	66,0	70,32±15,41	0,28	0,75
Evde yalnız bırakarak cezalandırma	1,0	72,00±28,28	7,0	68,86±19,70	93,0	69,97±16,15	0,64	0,93
Toplum önünde küçük düşürme	5,0	69,06±21,08	18,0	62,64±18,19	77,0	71,70±15,20	7,95	0,00*
Kişisel bakıma özen gösterme	81,0	61,84±18,51	15,0	64,23±18,66	4,0	71,36±15,56	5,84	0,00*
Ev ödevlerine yardım etme	42,0	64,41±21,08	46,0	69,22±16,15	12,0	72,16±14,87	3,73	0,02*
Sevdiğini belli etme	70,0	72,57±12,52	28,0	65,33±17,46	2,0	71,64±15,77	5,14	0,00*
Beslenmeye gereken özeni gösterme	86,0	54,00±30,37	13,0	64,08±18,57	1,0	71,04±15,57	5,54	0,00*

\*:  $p \leq 0,05$  F: One-Way ANOVA

Çalışma sonucunun literatürdeki çalışma bulgularından kısmen farklı olmasının nedeni farklı örneklem gruplarında yapılmasından kaynaklanmaktadır.

Çocuğun duygusal ve ruhsal işlevlerine zarar verici nitelikte süregelen davranış ve etkileşim örüntüleri şeklinde tanımlanan duygusal istismar aşağılama, alay etme, çocuğu reddetme, tehdit etme, tek başına bırakma, yıldırma, kendi çıkarına kullanma, vaktinden önce yetişkin rolü verme gibi davranışları kapsamaktadır.<sup>16,20</sup> Bu çalışmada çocukluğunda aileleri tarafından bazen veya her zaman toplum içinde küçük düşürme, aşağılama ve tehdit edilme oranı %23'tür. Koç ve ark. (2015)'nin üniversite öğrencileri ile yaptıkları kesitsel çalışmada ailesi tarafından

tehdit edilme oranı %17,6 olarak bildirilmiştir.<sup>21</sup> Bilge ve ark. (2013) çalışmasında ailelerin %31,5'inin çocuklarını tehdit ettiği belirlenmiştir.<sup>19</sup> Çalışma verilerinin birbiriyle farklılık göstermesinin nedeni duygusal istismarı değerlendiren standart formların olmamasıdır. Bu durum çalışmalar arasında sistemli bir karşılaştırma yapılmasını engellemektedir.

Çalışmada öğrencilerin çocukluk döneminde ihmal ve istismar edilme durumları geriye dönük olarak sorgulanmış ve öğrencilerin çocukluk döneminde en çok (%81) bağırılıp azarlanmaya maruz kaldıkları belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda çocuğa bağırarak %75-80 oranında bulunmuş olup, en sık görülen istismar türünün duygusal istismar olduğu

saptanmıştır.<sup>22,23</sup> Ayrıca Çetinkaya (2013)'nin çalışmasında üniversite öğrencilerinin %35,3'ü sözel şiddete, %42,3'ü duygusal şiddete maruz kaldıklarını ya da şahit olduklarını ifade etmişlerdir.<sup>17</sup> Araştırmadan elde edilen bulgular literatür bilgisiyle uyumluluk göstermektedir.

Literatürde, benlik saygısının yaşla birlikte arttığı buna karşılık benzer yaş gruplarında bulunan bireylerde benlik saygısının yaşa göre anlamlı farklılık göstermediği belirtilmektedir.<sup>24</sup> Bu çalışmada benlik saygısı ölçek puanı ile ilişkili faktörler de değerlendirilmiştir. CBSÖ toplam puan ortalaması ile yaş grupları (20 ve altı; 21 ve üzeri) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin olmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Erbil ve ark. (2006) ve Eraslan ve ark. (2015) çalışmasında da yaş grupları ile ölçek puan ortalaması arasında ilişki saptanmamıştır.<sup>24,25</sup> Bu çalışmadan elde edilen veriler literatür bilgisiyle uyumluluk göstermektedir.

Literatürde çocuk sayısı azaldıkça ailedeki çocukların benlik saygısı düzeylerinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir.<sup>13</sup> Torun ve ark. (2012), Dinçer ve Öztunç (2009), Karadağ ve ark. (2008) çalışmalarında öğrencilerin kardeş sayısı azaldıkça CBSÖ düzeyinin anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır.<sup>10,13,14</sup> Erbil ve ark. (2006) çalışmasında ise benzer şekilde kardeş sayısı 2'den fazla olduğu durumda benlik saygısı puanının düştüğü belirlenmiştir.<sup>25</sup> Bu çalışmada CBSÖ puanı ile kardeş sayısı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bu çalışmadan elde edilen verilerin literatür bilgisiyle uyumluluk göstermemesinin nedeni örneklem grubunun farklı özelliklere sahip olmasından kaynaklanabilir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; çalışma grubumuzda kız öğrencilerin benlik saygısı ortalamasının orta düzeyde olduğu; duygusal ve fiziksel yönden ihmal edilen öğrencilerin bulunduğu ve bu öğrencilerin benlik saygılarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Çocuk istismarı ve ihmalinin tespit, tedavi ve rehabilitasyonunda tıp, hukuk ve sosyal hizmetler alanlarının işbirliği içinde çalışması ve

multidisipliner bir yaklaşım benimsenmesi gerekmektedir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

Çocuk yetiştirme ve gelişim evreleri hakkında ebeveynlere eğitim verilmesi,

Aile içi iletişimin artırılması,

İlköğretim kurumlarında görevli personelin ihmal ve istismarın fark edilmesi ve gerekli müdahalenin yapılması konusunda hizmet içi eğitimden geçirilmesi,

Sağlık personelinin herhangi bir nedenle hastaneye başvuran çocukların ihmali ve istismarını göz önünde bulundurması,

Ülke politikasının çocuk istismarı/ihmalini önleyecek şekilde yeniden yapılandırılmasıdır.

## ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Örneklem sayısının yetersiz olması, grubun sadece kız öğrencilerden oluşması, verilerin kişilerin kendi beyanına dayanması ve verilerin toplanmasında ihmal ve istismara yönelik standart veri toplama araçlarının olmaması çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Bahar G, Savaş H, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: Bir gözden geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(12):51–65.
2. World Health Organization. (WHO) Child maltreatment [İnternet], 2014. [updated 2014 Dec; cited 2015 Jun 26]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>
3. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004;47: 140–151.
4. Armağan E. Çocuk ihmâlî ve istismarı: psikoz tablosu sergileyen bir istismar olgusu. Yeni Symposium Dergisi 2007;45(4):170–173.
5. İrmak TY. Çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ve dayanıklılıkla ilişkili faktörler. [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye, 2008.
6. Kaya İ, Çeçen-Eroğul AR. Ergenlerde çocukluk dönemi istismar yaşantılarının

- yordayıcısı olarak aile işlevlerinin rolü. Eğitim ve Bilim 2013;38(168):386-397.
7. Eti Aslan F. Beden imajında değişiklik deneyimleyen hastalara yönelik hemşirelik yaklaşımları. Çınar Dergisi 1998;2:4-6.
  8. Kahrıman İ. Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin benlik saygıları ve atılganlık düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi H.Y.O. Dergisi 2005;9(1):24-32.
  9. Taysi E. Benlik saygısı, arkadaşlar ve aileden sağlanan sosyal destek [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, 2000.
  10. Karadağ G, Güner İ, Çuhadar D, Uçan Ö. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin benlik saygıları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3(7):29-42.
  11. Durmuşoğlu N, Doğru S. Çocukluk örseleyici yaşantılarının ergenlikteki yakın ilişkilerde bireye etkisinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2006;15:237-247.
  12. Tufan B, Turan N. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği üzerinde geçerlik, güvenirlik çalışması. 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongre Kitabı, İstanbul; 1987.s.816-817.
  13. Dinçer F, Öztunç G. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin benlik saygısı ve atılganlık düzeyleri. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009:22-33.
  14. Torun S, Arslan S, Nazik E, Akbaş M, Yalçın SÖ. Hemşirelik öğrencilerinin benlik saygısı ve boyun eğici davranışlarının incelenmesi. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2012;34:399-404.
  15. Özkan Aİ, Özen A. Öğrenci hemşirelerde boyun eğici davranışlar ve benlik saygısı arasındaki ilişki. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008;7(1):53-58.
  16. Beyazıt U. Çocuk istismarı konusunda Türkiye’de yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2015;1(1).
  17. Çetinkaya SK. Üniversite öğrencilerinin şiddet eğilimlerinin ve toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının incelenmesi. Nesne Psikoloji Dergisi 2013;1(2):21-43.
  18. Ayan S. Okulda disiplin cezası alma, ailede şiddete uğrama. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011;12:137-142.
  19. Bilge YD, Taşar MA, Kılınçoğlu B, Özmen S, Tıraş Ü. Alt sosyoekonomik düzeye sahip anne-babaların çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeyleri, deneyimleri ve kullandıkları disiplin yöntemleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2013;14:27-35.
  20. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması [İnternet], 2010. (Erişim tarihi: 31.07.2015) Erişim Adresi: [www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf](http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf)
  21. Koç EM, Şahin Ö, Güngör E, Dağlı FŞ, Derman O. Çocuk istismarı ve ihmali önleme derneği gençlik kolu gönüllülerinin çocukluk dönemlerindeki istismar sıklığı. STED 2015;24(4):135-141.
  22. Runyan D, Corrine W, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. İn: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Eds. World Report On Violence And Health, World Health Organization, Geneva: 2002.p.59-86.
  23. Topbas M. İnsanlığın büyük bir ayıbı: çocuk istismarı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004; 3(4):76-80.
  24. Eraslan M, Çalışkan G, Baş M. Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinin benlik saygılarının yaş, cinsiyet ve spor yapma durumlarına göre incelenmesi. Uluslararası Multidisipliner Akademik Araştırmalar Dergisi 2015;2(1):48-54.
  25. Erbil N, Divan Z, Önder P. Ergenlerin benlik saygısına ailelerinin tutum ve davranışlarının etkisi. Aile ve Toplum 2006;3(10):7-15.

## Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Uyku Alışkanlıkları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi

### Examining the Sleep Habits of Nursing Department Students and the Affective Factors

Gülnaz KARATAY<sup>a</sup> Nazan GÜRARSLAN BAŞ<sup>b</sup> Hamza ALDEMİR<sup>c</sup> Miyase AKAY<sup>c</sup>  
Münevver BAYIR<sup>c</sup> Erol ONAYLI<sup>c</sup>

**ÖZET Amaç:** Çalışma, Tunceli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin uyku alışkanlıklarını ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. **Yöntem:** Çalışma 05-24 Şubat 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmaya Tunceli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde öğrenim gören tüm öğrenciler alınmıştır. Araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan anket formu hemşirelik öğrencilerine sınıf ortamında uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS programında, sayı, yüzde, ki-kare ve t test ve F testi kullanılarak analiz edilmiştir. **Bulgular:** yaş ortalaması 21.1±1.6 olup, %55.1'i kız öğrencilerden oluşmaktadır. Öğrencilerin aylık ortalama gelirleri 473.5±163.9 TL'dir ve %25.4'ü sigara kullanmaktadır. PUKİ puan ortalaması 6.39±3.82 ve %56.7'si 6 puanın üstünde olan öğrencilerin, % 45.8'i günde 6-7 saat, %28.8'i ise günde 8-9 saat uyuduğu saptanmıştır. PUKİ puan ortalamaları sigara içenlerde içmeyenlere göre (7.96±4.11; 5.86±3.59), okul başarısını kötü olarak algılayanlarda çok iyi olarak algılayanlara göre (9.42±1.87; 5.26±1.33 ) birinci sınıflarda dördüncü sınıflara göre (8.35±3.08; 5.04±3.18), yatmadan önce yeme içme alışkanlığı olanlarda olmayanlara göre (7.21±3.86; 5.36±3.55) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür (p<0.05). **Sonuç:** Öğrencilerin önemli ölçüde uyku sorunlarının olduğu; sigara içme, akademik başarı, yatmadan önce yeme-içme, sınıf derecesi ile uyku kalitesinin ilişkili olduğu görülmüştür. Öğrencilerin uykunun önemi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörler konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, öğrenci, uyku.

**ABSTRACT Purpose:** The purpose of this descriptive study is to evaluate the sleep habits of the nursing department students in the Health High School of Tunceli University and the affective factors. **Method:** The study was conducted between 5 and 24 February 2015. All the students studying in the nursing department were included in the study. A questionnaire prepared by the researchers upon literature review was applied to the nursing students in the classroom. The obtained data were assessed in SPSS program by analyzing number, percentage, chi square, independent variables for t test and F test. **Results:** The average age was 21.1±1.6 and 55.1% of them were female students. The average monthly income of the students was 473.5±163.9 TL. and 25.4% were smokers. PUKİ score average was 6.39±3.82, 56.7% had more than 6 points, 45.8% slept for 6-7 hours a day, and 28.8% slept for 8-9 hours. The PUKİ mean score was higher in a statistically significant manner among smokers compared to non-smokers (7.96±4.11; 5.86±3.59), among those perceiving their school success bad compared to those perceiving their school success excellent (9.42±1.87; 5.26±1.33), among the freshmen to the senior students (8.35±3.08; 5.04±3.18), and among those eating and drinking before sleeping compared to those who did not (7.21±3.86; 5.36±3.55) (p<0.05). **Conclusion:** It was observed that the students had considerably sleeping problems; and the sleeping quality was correlated to smoking, academic success, eating-drinking before sleeping, and the year studied in the school. It is recommended to inform the students about the importance of sleeping and the factors related to sleeping quality.

**Keywords:** Nursing, student, sleep.

Geliş Tarihi/Received: 2015-07-27/ Kabul Tarihi/Accepted: 2015-10-23

<sup>a</sup> Doç. Dr. Tunceli Üniversitesi Sağlık Yüksekokul, Hemşirelik Bölümü, Aktuluk/Tunceli,  
e-mail:gkaratay@gmail.com

<sup>b</sup>Yrd. Doç. Dr. Tunceli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, e-mail: [nbas@tunceli.edu.tr](mailto:nbas@tunceli.edu.tr)

<sup>c</sup> Hemşire

<sup>b</sup>**Sorumlu Yazar / Correspondence:** Doç. Dr. Gülnaz Karatay, Tunceli Üniversitesi Sağlık Yüksekokul, Hemşirelik Bölümü, Aktuluk/Tunceli, e-mail:gkaratay@gmail.com

**Atf:** Karatay G, Baş GN, Aldemir H, Akay M, Bayır M, Onaylı H. Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Uyku Alışkanlıkları Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. HSP 2016;3(1): 16-22.

**To cite this article:** Karatay G, Baş GN, Aldemir H, Akay M, Bayır M, Onaylı H. Examining the Sleep Habits of Nursing Department Students and the Affective Factors. HSP 2016;3(1): 16-22.



## GİRİŞ

Sağlık ve yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkisi olan uyku, insanın biyo-psiko-sosyal ve kültürel işlevlerini gerçekleştirebilmesi için ihtiyaç duyduğu temel gereksinimlerinden biridir.<sup>1-5</sup> Bireyin uykudan sonra kendini zinde ve formda hissetmesi, uyku kalitesi olarak tanımlanır.<sup>1</sup>

Uyku kalitesi kişinin cinsiyeti, akademik hayatı, akademik derecesi, yaşam şekli, işi, sosyo-ekonomik durum, sağlık durumu ve stres gibi çeşitli çevresel faktörlerden etkilenmektedir.<sup>1,2,5-7</sup> Dolayısıyla uykusuzluk ve ya uyku kalitesinin iyi olmaması sağlığı etkileyen önemli bir parametredir.

Dünya genelinde artış gösteren, her yaş grubunda da görülen uyku bozuklukları ciddi bir sağlık sorunu haline gelmiştir.<sup>8</sup> Amerika'da 70 milyon insanın uyku problemi yaşadığı, bunların çoğunluğunu adölesan ve üniversite yaş grubunun oluşturduğu bildirilmektedir.<sup>2,5,9</sup> Her yaşta uykuya gereksinim duyan insanın, 13-22 yaşlarda 9-10 saat uyku uyuması gerekmektedir.<sup>10</sup> Tarokh et al. (2010)'a göre adölesanların ve üniversite öğrencilerinin %20'si 9 saat ve üzeri uyumakta,<sup>11</sup> çoğunluğu ise 6 saatten az uyumaktadır.<sup>9</sup> Literatür incelendiğinde, üniversite öğrencilerinin topluma göre daha sık uyku problemleri yaşadığı ve bu sorunun son yıllarda arttığı görülmektedir.<sup>2,5-7,10,12</sup>

Öğrencilerde uykusuzluk, özellikle de gece uykusuz kalma, düşük akademik başarı, madde yoksunluğu, madde bağımlılığı, duygusal-davranışsal ve yeme bozuklukları gibi psikososyal sorunlar yanında fiziksel sorunlar ve kazalar ile ilişkilendirilmektedir.<sup>5,6,9,13</sup> Uykusuz kalan öğrencilerde okul yaşantısı ile ilişkili olarak konsantrasyon olmada zorlanma, anlama güçlüğü, okula devam-devamsızlık, yorgunluk, sinirlilik, anksiyete ve depresyon gibi sorunlar daha fazla yaşanabilmektedir.<sup>5,14</sup>

Topluma sağlık hizmeti veren meslek üyelerinin fiziksel ve ruhsal olarak tam bir iyilik halinde olmaları ve bu iyilik halini sürdürmeleri önemlidir. Bu doğrultuda bütün uygulamaları insan üzerinde olan dolayısıyla açık bir zihin dikkat ve dikkat gerektiren sağlık disiplinlerinde öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanmaları önemlidir. Bunun için sağlıklı yaşam tarzı parametreleri arasında yer alan yeterli ve kaliteli uykunun sağlanması için mevcut durumun belirlenmesi, olumlu veya olumsuz etkileyen

etmenlerin incelenmesi bu alandaki sorunların saptanması açısından yararlı olacaktır.

Dolayısıyla bu çalışma, Tunceli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin uyku alışkanlıklarını ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

**Araştırmanın Tipi:** Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

**Yapıldığı Yer ve Zaman:** Çalışma 05-24 Şubat 2015 tarihleri arasında Tunceli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda yürütülmüştür.

**Araştırmanın Evren ve Örnekleme:** Araştırmanın evrenini, 2014-2015 bahar yarıyılında Tunceli Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde öğrenim gören tüm öğrenciler oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçimine gidilmeden, 132 öğrenciden 118'ine ulaşılmıştır.

**Veri Toplama Araçları:** Veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak<sup>1,3,9,11,12</sup> oluşturulan, Öğrencilerin Uyku Alışkanlıklarına İlişkin Anket Formu ve PUKİ Uyku Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

**Öğrencilerin Uyku Alışkanlıklarına İlişkin Anket Formu:** Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini içeren 5 soru, uykuyu etkileyen faktörleri içeren 15 soru olmak üzere toplam 20 sorudan oluşmaktadır.

**Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Ölçeği (PUKİ):** Buysse ve ark.(1989)<sup>15</sup> tarafından geliştirilen Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Ağargün ve ark.(1996)<sup>16</sup> tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olup iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak hesaplanmıştır. PUKİ, son bir ay içerisindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğunun tipi ve şiddeti konusunda bilgi sağlayan bir ölçektir. Toplam 24 sorudan oluşan ölçekte 19 soru kişi tarafından cevaplanırken, 5 soru kişinin yatak arkadaşı tarafından doldurulmaktadır. Kişi tarafından cevaplanan sorular değerlendirmeye alınırken yatak arkadaşı tarafından cevaplanan sorular değerlendirmeye alınmamaktadır. Kişi tarafından cevaplanan 19 soru ile öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu olmak üzere

7 alt boyut değerlendirilmektedir. Ölçekteki her bir madde 0 (hiç sıkıntı olmaması)-3 (ciddi sıkıntı olması) puan arasında bir değer almaktadır. Yedi alt boyuta ilişkin puanların toplamı ise toplam PUKİ puanını vermektedir. Her bir alt boyutun puanı 0 ile 3 arasında değişmektedir. Toplam PUKİ puanı ise 0-21 arasında değişmektedir. Toplam puanı 5 ve altında olanların uyku kalitesi “iyi” olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.76 olarak hesaplanmıştır.

**Verilerin Toplanması:** Veriler, sınıf ortamında hemşirelik öğrencilerine veri toplama araçları uygulanarak, ortalama 10-15 dakika toplanmıştır.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar destekli SPSS veri tabanında, sayı, yüzde, ki-kare, t ve F testleri ile analiz edilerek değerlendirilmiştir.

**Araştırmanın Etik Yönü:** Çalışmanın yapılabilmesi için Tunceli Üniversitesi Rektörlüğü'nden ve Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Ayrıca öğrencilerin çalışmaya katılmaları gönüllülük esasına dayandırılmış olup, hiçbir öğrenci bu amaçla zorlanmamıştır.

## BULGULAR

Üniversite öğrencilerinin uyku alışkanlığını değerlendirmek için yapılan bu çalışmada, öğrencilerin yaş ortalaması  $21.1 \pm 1.6$ 'dır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %55.1'i kız, %44.9'nun erkektir. Öğrencilerin %28.8'i 1., %30.5'i 2., %22.9'u 3., %17.8'i 4. Sınıfta öğrenim görmekte, %50'si yurtda, %47.5'i evde kalmaktadır. Öğrencilerin, %15.3'ünde kronik hastalık mevcut olup, %25.4'ü sigara, %13.6'sı alkol kullandığını ifade etmiştir. Ayrıca öğrencilerin günlük sigara kullanma miktarı  $14.06 \pm 9.74$  adet, günlük ortalama çay tüketimi  $4.2 \pm 3.7$  bardak ve kahve tüketimi  $0.9 \pm 1.2$  fincan olarak hesaplanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1. Öğrencileri tanıttıcı bazı demografik özelliklerin dağılımı (S:118)**

Özellikler	S	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	53	44.9
Kadın	65	55.1
<b>Yaş (Ortalama)</b>	21.1±1.6	
<b>Sınıflar</b>		
1.Sınıf	34	28.8
2.Sınıf	36	30.5
3.Sınıf	27	22.9
4.Sınıf	21	17.8
<b>Kaldığı yer</b>		
Ev	56	47.5
Yurt	59	50.0
Aile	3	2.5
<b>Ortalama aylık gelir (TL)</b>	473.5±163.9	
<b>Kronik hastalık durumu</b>		
Var	18	15.3
Yok	100	84.7
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	30	25.4
Kullanmıyor	88	74.6
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	16	13.6
Kullanmıyor	102	86.4
<b>Günlük çay tüketimi (ortalama bardak)</b>	4.2 ± 3.7	
<b>Günlük kahve tüketimi (ortalama fincan)</b>	0.9 ± 1.2	

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %45.8'i 6-7 saat uyku uyduğunu, %55.9'u uyumadan önce bir şeyler yeme-içme alışkanlığına sahip olduğunu, yatağa girdiğinde %40.7'si bazen, %17.8'i hiç uykuya dalamadığını, %52.5'i gece uykusundan uyandığını, %10.2'si sabahları uyandığında dinlenmiş hissetmediğini, öğrencilerin sadece %20.3'ü sabah derslerine hiç gecikmediğini ifade etmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2. Öğrencilerin uyku ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (N=118)**

Özellikler	S	%
<b>Toplam uyku saati</b>		
4 saatten az	9	7.6
4-5 saat	15	12.7
6-7 saat	54	45.8
8-9 saat	34	28.8
9 saatten fazla	6	5.1
<b>Uyumadan önce yeme-içme alışkanlığı</b>		
Var	66	55.9
Yok	52	44.1
<b>Yatağa girdiğinde uykuya dalma durumu</b>		
Hiç	21	17.8
Bazen	48	40.7
Genellikle	37	31.4
Sık sık	5	4.2
Her zaman	7	5.9
<b>Gece uykudan uyanma durumu</b>		
Evet	62	52.5
Hayır	56	47.5
<b>Sabah dinlenmiş uyanma durumu</b>		
Hiç	12	10.2
Bazen	49	41.5
Genellikle	40	33.9
Sık sık	7	8.5
Her zaman	10	5.9
<b>Sabah derslerine gecikme durumu</b>		
Hiç	24	20.3
Bazen	73	61.9
Genellikle	11	9.3
Sık sık	8	6.8
Her zaman	2	1.7

PUKİ puanlarına bakıldığında, öğrencilerin %43.7'sinin iyi, %56.7'sinin kötü puan aldığı görülmüştür (Tablo 3).

**Tablo 3. Öğrencilerin PUKİ puanlarının dağılımları**

PUKİ Değeri	S	%
<b>İyi (0-5 puan arası)</b>	50	43.7
<b>Kötü (6 ve Üstü puan)</b>	68	56.7

Yapılan istatistiksel değerlendirmede sigara içenlerin ortalama PUKİ puanları içmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $P<0.05$ , Tablo 4). Sınıf ile PUKİ puan ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında 1. Sınıfların PUKİ puan ortalamasının en yüksek ( $8.35\pm 3.08$ ), 4. Sınıf PUKİ puan ortalamasının en düşük ( $5.04\pm 3.18$ ) olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ , Tablo 4). Okul başarısı ile PUKİ puan arasındaki ilişkiye bakıldığında; okul başarısı düşük olanların PUKİ puan ortalamasının en yüksek olduğu görülmüştür. Bu ilişki istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p<0.05$ , Tablo 4). Yatmadan önce yeme-içme ile PUKİ puan arasındaki ilişkiye bakıldığında yatmadan önce yeme-içme alışkanlığı olanların olmayanlara göre PUKİ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ , Tablo 4).

## TARTIŞMA

Temel insan gereksinimlerinden biri olan uyku, sağlıklı yaşam için önemlidir. Organizmanın yapılması, enerji toplaması, gereksinimlerini karşılaması için uyku gereksiniminin yeterince karşılanması gerekmektedir. Bu gereksinimin karşılanmaması, bireyin sağlığının bozulmasına neden olmaktadır.<sup>1</sup>Adölesan ve üniversite gençlerinde (13-22 yaş döneminde) uyku niteliği ve niceliğinde değişiklikler olmasından dolayı, toplumla kıyaslandığında daha yüksek oranda uyku problemleri yaşadıkları ifade edilmektedir.<sup>2,13</sup> Bu doğrultuda gençler kişilik, sağlık ve güvenlik sorunları yaşayabilmektedirler.<sup>13</sup> Bu dönemde gençlerin (23 yaşına kadar) ortalama 9-10 saat uykuya gereksinimi vardır.<sup>10</sup>Bu çalışmanın bulgularına göre öğrencilerin yarısından fazlası ideal sürelerden daha az uyuduğunu, yaklaşık 1/5'inin ise 5 saatten az uyuduğunu ifade etmiştir. Üniversite öğrencilerinde uykuyu ele alan araştırmalara bakıldığında; Aysan ve ark. (2014)<sup>17</sup> öğrencilerinin % 64.7'sinin 6-7 saat

**Tablo 4. Öğrencilerde toplam PUKİ puanlarının bazı değişkenlerle ilişkisi**

Değişkenler	Ortalama ± SS	F/t	P
<b>Sigara*</b>			
İçen	7.96±4.11		0.016
İçmeyen	5.86±3.59		
<b>Sınıf**</b>			
1. Sınıf	8.35±3.08	4.906	0.003
2. Sınıf	5.55±4.37		
3. Sınıf	6.11±3.56		
4. Sınıf	5.04±3.18		
<b>Okul başarısı**</b>			
Çok iyi	6.11±1.37	2.905	0.029
İyi	5.26±1.33		
Orta	6.85±1.52		
Kötü	9.42±1.87		
<b>Yatmadan önce yeme-içme*</b>			
Evet	7.21±3.86		0.008
Hayır	5.36±3.55		

\*t testi

\*\*ANOVA

uyuduğunu, Ball ve Ammy (2002)<sup>18</sup> % 47.0'nin, Nihayah et al. (2011)<sup>3</sup> % 35.6'sının 6 saat ve daha az, %62.5'inin 7-8 saat arasında uyuduğunu belirtmişlerdir. Yine diğer bazı araştırmalarda,<sup>11,19</sup> adölesanların %20'sinin 9 saat uyuduğu bildirilmiştir. Bu çalışma ve diğer çalışma sonuçlarında da görüldüğü gibi üniversite öğrencilerinin önemli bir kısmının, gereksinimden daha az uyudukları görülmektedir.

Bu çalışmada öğrencilerin dörtte biri sigara, %13.6'sı alkol kullanmaktadır. Yine öğrencilerin günde ortalama 4 bardak çay, 1 fincan kahve tükettiği, ayrıca öğrencilerin yarısından fazlasının (%55.9) yatağa girmeden önce yeme-içme alışkanlığına sahip olduğu görülmüştür. Bu çalışmada kahve tüketimi yaygın olmamakla birlikte, çay tüketimi öğrencilerin kültürel beslenme alışkanlıklarının bir parçası olarak karşımıza çıkmaktadır. Öğrencilerin yaklaşık beşte biri yatağa girdiğinde uykuya dalmada sıkıntı yaşadığı, yarısından fazlası gece uykusundan uyandığını ifade etmişlerdir. Saygılı ve ark. (2011)<sup>5</sup>'nin çalışmasında, üniversite öğrencilerinin %24.4'ü

sigara içtiği, yarısından fazlası geceleri kafein tükettiği saptanmıştır. Altıntaş ve ark.(2006)<sup>8</sup> sigara içen üniversite öğrencilerinin içmeyenlere göre daha yüksek bir yüzde ile uykuya dalmakta güçlük çektiğini bildirmektedir. Ball ve Ammy (2002)<sup>18</sup> tıp öğrencilerinde, stresle başa çıkma amaçlı alkol kullanımında artış olduğunu, bu durumun akademik performansını değiştirmediği ancak kahve kullanımının akademik performansı olumlu etkilediğini bildirmiştir. Lund et al. (2010)<sup>6</sup> alkol kullanımının uyku kalitesini düşürdüğünü bildirmiştir. Shcao et al. (2010)<sup>20</sup> kafein içeren çay, kahve gibi uyarıcı içeceklerin uyku kalitesini kötüleştirdiğini bildirirken, Üstün ve Çınar'ın (2011)<sup>21</sup> çalışmasında kafeinli içeceklerin uyku kalitesini etkilemediği bildirilmiştir. Bu çalışmada öğrencilerin kafeinli içecekler ve alkol tüketimi ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, sigara kullanımı ile uyku kalitesi arasında olumsuz yönde anlamlı bir ilişki olduğu ve sigara kullananların uyku kalitesinin kullanmayanlara göre daha kötü olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin yarısından fazlasının PUKİ puan ortalaması 6.39±3.82'lik bir değerle kötü olarak bulunmuştur. Saygılı ve ark. (2011)<sup>5</sup> çalışmasında, öğrencilerin PUKİ puan ortalamasını 6.9±2.4, PUKİ puan ortalaması 5'in üzerinde olanların oranını ise %30.5 olarak bildirmiştir. Mayda ve ark. (2012)<sup>12</sup> tıp öğrencileriyle yaptığı bir çalışmada PUKİ puan ortalamasını 5.2 ± 2.7, PUKİ puan ortalaması 5'in üzerinde olan öğrencilerin oranını %46.4 olarak saptamıştır. Aysan ve ark. (2014)<sup>17</sup> üniversite öğrencilerinin PUKİ puan ortalamalarını 6.15 ± 1.90, uyku kalitesi kötü olan öğrencilerin oranını ise %59.0 olarak bildirmiştir. Cate et al. (2015)<sup>2</sup> öğrencilerin toplam PUKİ puan ortalamasını 6.19±2.93, PUKİ puan ortalaması 5'in üzerinde olan öğrencilerin oranını %55 olarak bildirmiştir. Chen et al. (2015)<sup>10</sup> ise çalışmasında öğrencilerin toplam PUKİ puan ortalamalarını 6.39± 2.85 olarak bildirmiştir. Bu sonuçlar çalışmada elde edilen bulgularla paralellik göstermektedir. Bu sonuçlardan da anlaşıldığı gibi uykusuzluk üniversite gençliği için önemli bir sorun alanıdır.

Bu çalışmada sigara içen, okula yeni başlayan ve yatmadan önce yeme-içme alışkanlığına sahip öğrencilerin uyku kaliteleri daha kötü bulunmuştur. Ball ve Ammy (2002)<sup>18</sup>

tıp öğrencilerin yoğun ders programından dolayı 1. sınıfta geç saatlere kadar çalıştığını, dolayısıyla öğrencilerin uyku düzenlerinin bozulduğunu, %47'sinin 6 saatten az uyku uyduğunu ve uyku kalitelerinin kötü olduğunu bildirirken, Chen ve et al. (2015)<sup>10</sup> yaptıkları bir çalışmada öğrencilerde, üst sınıflara geçtikçe depresyon, tükenmişlik ve ciddi uyku problemlerinin arttığını bildirmiştir. Cates et al. (2015)<sup>2</sup> çalışmasında, müfredat programlarının yoğunluğu, cinsiyet, sınıf ve stresin uyku kalitesini etkilediği belirtilirken, Aysan ve ark. (2014)<sup>17</sup>'nin çalışmasında sınıfın uyku kalitesini etkilemediği bildirilmiştir. Diğer bazı çalışmalarda,<sup>8,6,10,22</sup> sigara, alkol kullanma gibi riskli davranışlara sahip üniversite öğrencilerinin uyku kalitelerinin düşük olduğu, uykuya dalma ile ilgili sorun yaşadıkları bildirilmiştir.

Çalışmada akademik başarısını kötü olarak tarif eden öğrencilerin uyku kalitelerinin daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Toniette et al. (2015)<sup>9</sup> uyku kalitesi iyi olan öğrencilerin akademik başarısının uyku kalitesi kötü olanlara göre daha iyi olduğunu, fakat uyku süresi ile öğrencilerin akademik başarıları arasında ilişki olmadığını ifade ederken, Dewald et al. (2010)<sup>23</sup> ise uyku süresi ile okul performansının ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada uyku süresinin akademik başarı ve uyku kalitesi etkilemediği görülürken, akademik başarı ile uyku kalitesi arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda hemşirelik öğrencilerin; dörtte birinin sigara içtiği; yaklaşık yarısının 6-7 saat uyuduğu; yarıyıldan fazlasının gece uyumadan önce yeme-içme alışkanlığına sahip olduğu ve gece uykusundan uyandığı saptanmıştır. Ayrıca; sigara içen, birinci sınıfta okuyan, düşük akademik başarıya ve gece yatmadan önce yeme-içme alışkanlığına sahip öğrencilerin uyku kalitelerinin daha kötü olduğu görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda; özellikle sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin uyku kalitesi ve etkileyen faktörler konusunda bilinçlendirilmesi ve başta birinci sınıflar olmak üzere okula adaptasyonu artırmak ve düzenli uyku alışkanlığı kazandırmak amacıyla danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önerilerinde bulunulmuştur.

## KAYNAKLAR

- 1) Şenol V, Soyuer F, Pekşen Akça R, Argün M. Adölesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi 2012;14:93-102.
- 2) Cates ME, Clark A, Woolley TW, Saunders A. Sleep quality among pharmacy students. American Journal of Pharmaceutical Education 2015;79(1):1-6.
- 3) Nihayah M, Ismarulyusda I, Syarif HL, Nur Zakiah, MS, Baharudin O, Fadzil MH. Sleeping hours and academic achievements: a study among biomedical science students. Procedia Social and Behavioral Sciences 2011;18:617-21.
- 4) Koçak Ü, Albayrak M, Erol R, Şanlı C. Evaluation of sleep patterns and sleep disturbances in children: a preliminary study in Kırıkkale. Turkish J. Pediatr. Dis. 2012;6(2):81-7.
- 5) Saygılı S, Çil Akıncı A, Arıkan H, Deri E. Üniversite öğrencilerinde uyku ve yorgunluk. Electronic Journal of Vocational Collages 2011;88-94.
- 6) Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. Journal of Adolescent Health 2010; 46(2):124-32.
- 7) Orzech KM, Salafsky DB, Hamilton LA. The state of sleep among college students at large public university. Journal of American College Health 2011;59(7):612-9.
- 8) Altıntaş H, Sevensan F, Aslan T, Cinel M, Çelik E, Onurdağ F. HÜTF dönem dört öğrencilerin uyku bozukluklarının ve uykululuk hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği ile değerlendirilmesi. Sted 2006;15(7):114.
- 9) Tonetti L, Fabbri M, Filardi M, Martoni M, Natale V. Effects of sleep timing, sleep quality and sleep duration on school achievement in adolescents. Sleep Medicine 2015. [Internet]. 2015 March 30 [cited 2015 May 15]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2015.03.026>.
- 10) Chen TY, Chou NS, Chang HA, Pan PY, Yeh YW, Yeh CB, Mao WC. Effects of a selective educational system on fatigue, sleep problems, daytime sleepiness and depression among senior high school adolescents in Taiwan. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2015;11:741-50.

- 11) Tarokh L, Raffray T, Van Reen E, Carskadon MA. Physiology of normal sleep in adolescents. *Adolesc. Med State Art Rev.* 2010;21(3):401-17.
- 12) Mayda AS, Kasap H, Yıldırım C, Derdiyok Ç, Ertan D, Erten R ve ark. 4-5-6. Sınıf tıp fakültesi öğrencilerinde uyku bozukluğu sıklığı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2012;2(2):8-11.
- 13) Millman RP. Excessive sleepiness in adolescents and young adults: causes, consequences, and treatment strategies. *Pediatrics* 2005;115:1774-86.
- 14) Short MA, Louca M. Sleep deprivation leads to mood deficits in healthy adolescents. *Sleep Medicine* 2015. [Internet]. 2015 March 27 [cited 2015May 15]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2015.03.007>.
- 15) Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28:193-213.
- 16) Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996;7 (2):107-15.
- 17) Aysan E, Karaköse S, Zaybak A, Günay İsmailoğlu E. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *DEUHYO ED* 2014;7(3):193-8.
- 18) Ball S, Bax A. Self-care in medical education: effectiveness of health-habits interventions for first-year medical students. *Academic Medicine* 2002;77(9):911-7.
- 19) Owens JA. Etiologies and evaluation of sleep disturbances in adolescence. *Adolesc Med State Art Rev.* 2010;21(3):430-45.
- 20) Shcao MF, Chou YC, Yeh MY, Tzeng WC. Sleep quality and quality of life in female shift working nurses. *Journal Advanced Nursing* 2010;66(7):1565-72.
- 21) Üstün Y, Çınar Yücel Ş. Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2011;4(1):29-38.
- 22) Vail-Smith K, Felts WM, Craig C. Relationship between sleep quality and health risk behaviors in undergraduate college students. *College Student Journal* 2009;43:3.
- 23) Dewald JF, Meijer AM, Oort FJ, Kerkhof GA, Bo SM. The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: a meta analytic review. *Sleep Med* 2010;14:179-89.

## Ebelerin Görev Yetki ve Sorumlulukları ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

### Determination of Relation between Duty Satisfaction of Midwives and Their Responsibility and Authorization on Duty

Emine KOÇ<sup>a</sup> Gülümser DOLGUN<sup>b</sup>

**ÖZET Amaç:** Araştırma, kliniklerde çalışan ebelerin görev yetki ve sorumluluklarını algılama durumları ile iş doyumunu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirildi. **Yöntem:** Araştırmanın örneklemini, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı beş eğitim araştırma hastanesinden seçilen toplam 300 ebe oluşturdu. Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu, Ebelerin Görev Yetki ve Sorumluluğunu Algılama Ölçeği ve Minnesota İş Doyum Ölçeği ile Ocak-Mart 2010'da toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdelik dağılımlar, Cronbach alpha, ortalamalar, t testi, pearson korelasyon analizi, tek yönlü varyans analizi, Tukey ileri analiz testi kullanıldı. **Bulgular:** Araştırma sonucunda; Ebelerin Görev Yetki ve Sorumluluğunu Algılama Ölçeği puan ortalaması: 140,40±14.73 olduğu, bilme ve uygulama düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptandı. Minnesota İş Doyum Ölçeği puan ortalamasının ise 3.01±,61 olduğu, iş doyumunun orta düzeyde olduğu belirlendi. **Sonuç:** Araştırma sonuçlarına göre; ebelerin görev yetki ve sorumluluklarını algılamaları ile iş doyumları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu, ebelerin görev yetki ve sorumluluklarını bilme düzeyi ile eğitim durumunun yüksek olması, çalışma süresinin az olması, çalıştıkları birimde ebe olarak görev alması arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Ebelerin iş doyumunun çalıştığı birimde yaptığı görev, çalıştıkları kurumdan memnun olma, ebelik mesleğini kendilerine uygun bulma, kendilerine zaman ayırma ve görevini yapmak isteme durumundan olumlu etkilendiği saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** Ebe, görev yetki ve sorumluluk, iş doyum

**ABSTRACT Objective:** This study is conducted to determine the relation between duty satisfaction of midwives and their responsibility and authorization on duty. It is implemented as a cross sectional observational and descriptive study. **Method:** The sample of the study consists of 300 midwives who are chosen from five different training and research hospital from Istanbul Health Directory. The survey data are summed up by using introductory information form, perception scale of midwives ' duty satisfaction and their responsibilities, The Minnesota Satisfaction Questionnaire between the January of 2010 and the March of 2010. The percentage distribution test, the cronbach alpha test, averages, t test, pearson correlation analysis, one-way analysis of variance, and Tukey's test were used for evaluating the data. **Result:** It has been observed that the average point of perception scale of duty satisfaction and responsibilities of midwives is 140,40±14,73, and their cognition and application levels were determined as being at mid-level. The average point of Minnesota Satisfaction Questionnaire was 3,01±0,61 and their duty satisfaction was determined as being at mid-level. **Conclusion:** According to the results of the study the inverse weak relationship was determined between the perception of duty satisfaction and responsibilities of midwives and duty satisfaction of midwives. It has been determined that there is a significant relationship between the cognition level of midwives on authorization on duty and responsibilities and their higher education level, short working time, working as a midwife at the department they belong to. It has been determined duty satisfaction of midwives is affected positively by the duty that she operates at the department where she works at, being satisfied with the department they work for, finding the profession of midwifery appropriate for themselves, allowing free time themselves, being eager to perform their duties.

**Key words:** Authorization on duty and responsibility, duty satisfaction, midwife

Geliş Tarihi/Received: 09-12-2015/ Kabul Tarihi/Accepted:05-11-2016

<sup>a</sup> Arş. Gör. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, 19 Mayıs Üniversitesi, Kurupelit Kampüsü, 55270 SAMSUN. Email: emine\_koc555@hotmail.com Tel: (362) 3121919-6384

<sup>b</sup>Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebeler Bölümü, Demirkapı Cad. Karabal Sk. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi içi 34740 Bakırköy/İSTANBUL. Email: gulumser6@hotmail.com.tel: (212) 41414155-40139

**Sorumlu Yazar Adres/** correspondence: Doç. Dr. **Gülümser Dolgun**, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebeler Bölümü, Email: gulumser6@hotmail.com,

Bu araştırma I. Uluslararası ve II Ulusal Ebeler Kongresinde (13-16 Ekim 2011, Safranbolu) sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

**Atf:** Koç E, Dolgun G. Ebelerin Görev Yetki ve Sorumlulukları ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin

**Belirlenmesi. HSP 2016;3(1):23-30.**

**To cite this article:** Koç E, Dolgun G. Determination of Relation between Duty Satisfaction of Midwives and

**Their Responsibility and Authorization on Duty. HSP 2016;3(1):23-30.**

## GİRİŞ

Ebe, tarih boyunca doğuma yardım eden kişi olarak tanımlanmıştır. Önceleri bilimsellikten uzak, anneden kızına geçen, tecrübeye dayalı bir meslek iken günümüzde eğitim üniversite düzeyinde verilmektedir. Meslekteki eğitim alanındaki bu gelişmelere karşın, ülkemizde ebeler uygulama alanlarında, mesleğin doğasına uygun sorumluluklarını yerine getirememektedir. Bunun nedenini, önceleri anne ve bebek ölümlerini azaltmak için, tüm doğumların hastane ortamında yapılması politikaları olmuştur. Daha sonra da sezaryen doğumların hekim ya da kadının isteğine bağlı, elektif olarak uygulanır hale gelmesi ve normal vaginal doğumun bir alternatifi gibi sunulmaya başlamasıdır.<sup>1-3</sup>

Türkiye’de ebelerin görev yetki ve sorumluluğuna dair tek çalışma Beydilli’ye (2000) ait çalışmadır. Bu çalışmada, ebelerin görevleri ile ilgili yasa ve yönetmeliklerden %76.4 oranında bilgilerinin olmadığı belirtilmektedir.<sup>4</sup> Bu sonuçta yukarıdaki uygulama alanlarındaki yetersizliklerle birlikte, 1928’den kalma bir yasa ile yönetilmesi ve ülkemizde hemşire sayısının yetersiz olması nedeniyle ebelerin hemşire olarak görevlendirilmelerinin etkili olduğu düşünülmektedir.<sup>5-7</sup> Araştırmalar görev yetki ve sorumlulukların tam olarak tanımlandığı kliniklerin, iş doyumunu arttırdığını fakat çalışma ortamında yaşanan rol çatışması, aşırı iş yükü, görev belirsizliğinin ise iş doyumunu azalttığını göstermektedir.<sup>8</sup>

Ebelerin görev yetki ve sorumluluklarını algılama (EGYSA) düzeylerinin ve iş doyumunu artmasını sağlayacak faktörlerin bilinmesi; erken dönemde gerekli önlemlerin alınmasına ve yaşanan sorunların çözümü noktasında politikalar üretilmesine ve ebelik literatürüne katkı sağlayacaktır. Ayrıca ebelerin biyo-psikososyal sağlığının korunması ve geliştirilmesine, kaliteli bir hizmet sunumuna katkıda bulunacaktır. Sonuçta ebelerin, doğurganlık, aile planlanması, kadın sağlığı, yenidoğan sorunlarının çözümünde ve sezaryen doğumların azalmasına katkıda bulunacaklardır.

Bu nedenle çalışma, İstanbul’da beş eğitim araştırma hastanesinde (EAH) ebe ve ebe-hemşire olarak çalışan EGYSA ile iş doyumu arasında ve bazı demografik özellikler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla

tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır.

## YÖNTEM

Araştırma, 17 Ocak 8 Mart 2010 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı yataklı kadın doğum hizmeti veren ve en çok ebe çalıştığı beş Eğitim ve Araştırma Hastanesinde (EAH) gerçekleştirildi. Çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak planlandı. Araştırmanın evrenini bu hastanelerde çalışan 652 ebe, örneklemini ise araştırmaya katılmaya gönüllü ve çalışma sırasında nöbet, doğum izni ya da raporlu olmayan 300 ebe oluşturdu.

Araştırmanın verilerini toplamada; araştırmacı tarafından hazırlanan ve demografik bilgileri içeren Tanıtıcı Bilgi Formu, Ebelerin Görev Yetki ve Sorumluluklarını Algılama Ölçeği (EGYSAÖ) ve Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ) kullanıldı.

EGYSAÖ: Ölçek, Beydilli (2000) tarafından yüksek lisans tezi olarak geliştirilmiş ve geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve Cronbach alpha 0.86 olarak saptanmıştır. Ölçek; Evet” ya da “Hayır” şeklinde cevaplanan toplam 120 madde ve ebe doğum öncesi (gebelik) 43, doğum 35 ve doğum sonrası (loğusalık) 42 olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekteki tüm ifadeler “Şu anda geçerli olan yasalara göre ebe görev kapsamına giriyor mu?”, “Şu anda bu görevi yapıyor musunuz?” ve “Bu görevin, sizin göreviniz olmasını ister misiniz?” olmak üzere üç başlıkta toplanmaktadır. Ölçeğin puanlanması ise sadece ilk iki başlığa verilen yanıtların değerlendirilmesinden elde edilmektedir. Üçüncü başlığa verilen yanıtlar, ölçek puan değerlendirmesinin dışında tutulmaktadır. Çünkü bu başlık, araştırmacılar tarafından ebelerin ilerideki görev yetki ve sorumluluklarını belirleyen yasal düzenlemelere temel oluşturmak için sorulmuş sorular olduğu belirtilmektedir. Ölçekte en yüksek puan 240, en düşük puan ise 0’dır ve 0-80 “kötü”, 81-160 “orta”, 161-240 arası ise görev yetki ve sorumluluklarının bilme düzeyi “iyi” olarak değerlendirilmektedir.<sup>4</sup>

Mevcut çalışmada EGYSAÖ’in cronbach alfa katsayısı doğum öncesi 0.86, gebelikte 0.77, doğumda 0.75, doğum sonrası dönemde ise 0.69 olarak belirlendi.

MİDÖ: Dawis ve ark. tarafından 1967 yılında geliştirilmiş ve Baycan tarafından 1985



yılında Türkçe uyarlaması yapılmıştır.<sup>9</sup> Cronbach alpha 0.77 olarak saptanmıştır. Ölçekte; içsel doyuma ait 12 ifade dışsal doyuma ait 8 ifade, genel doyum ise; içsel ve dışsal doyumun puanlarının toplamından ve toplam 20 ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirmesi beşli likert tipi şeklindedir. En yüksek puan 100, en düşük puan ise 20'dir Türkiye'de pek çok araştırmada kullanılmıştır.<sup>10-12</sup> Mevcut çalışmada ölçeğin cronbach alfa katsayısı; içsel doyumda 0.79, dışsal doyumunki 0.81 ve genel doyum 0,87 olarak belirlendi.

Araştırmanın karar verilen hastanelerde yapılabilmesi için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden Etik Kurul izni, hastanelerden kurum izinleri, ebelerden de "Bilgilendirilmiş Onam Formu" ile onamları alınmıştır. Ayrıca araştırmada uygulanan EGYSAÖ için Beydilli'den (2000), MİDÖ için Baycan (1995) telefonla aranarak sözel izinleri alınmıştır. Formların cevaplanma süresi ortalama 35 dakika sürmekte idi.

Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılımlar, Cronbach alpha, ortalamalar, t testi, pearson korelasyon analizi, tek yönlü varyans analizi, Tukey ileri analiz testi kullanıldı.

Araştırmanın sınırlılıkları; İstanbul İlindeki beş eğitim araştırma hastanesinde yapılmıştır. Bu nedenle elde edilen veriler ülkemiz ve diğer hastanelere genellenemez.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan ebelerin tanımlayıcı özellikleri; %68'inin 18-31 yaşları arasında olduğu, %38.3'ünün ebelikte lisans eğitime sahip, %49'unun 2-10 yıl arası çalışma deneyimi olduğu, %60.4'ünün kadın doğum bölümünde (doğumhane, jinekoloji, doğum servisi) ve %61.7'nin ebe olarak çalıştığı görülmektedir.

Araştırmamızda EGYSAÖ toplam puan ortalaması puanları 140.40±14.73 olup görev yetki ve sorumluluklarını bilmeleri orta düzeyde idi. Alt grupların puan ortalamaları; doğum öncesi 53,54±6,68, doğum 39,35±6,03, doğum sonrası 47,51±5,11 olarak saptandı.

Araştırmamızda MİDÖ toplam puan ortalamasının 3,01±0,61 olduğu saptandı. Alt grupları içsel iş doyumunu 3,23±,61, dışsal iş doyum 2,67±0,77 olarak saptandı.

EGYSAÖ (toplam) puanı ve alt boyutlardan aldıkları toplam puanlar ile genel MİDÖ ve alt boyutlarının puanları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde, negatif yönde zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p<0.05). EGYSAÖ (toplam) puanları arttıkça genel iş doyumunu, içsel ve dışsal iş doyumunu puanları azaldığı görüldü (Tablo 1). Tablo 2'de ise ebelerin bazı özelliklerine göre GYSAÖ ve MİDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

**Tablo 1. EGYSAÖ Puanları ile MİDÖ Puanları Arasındaki İlişki (n=300)**

MİDÖ	Toplam		Doğum Öncesi		Doğumda		Doğum Sonrası	
	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>Genel İş doyumunu</b>	-0,19	0,001	-0,13	0,030	-0,11	0,060	-0,22	0,000
<b>İçsel İş doyumunu</b>	-0,12	0,036	-0,07	0,228	-0,08	0,157	-0,14	0,019
<b>Dışsal İş doyumunu</b>	-0,24	0,000	-0,17	0,004	-0,12	0,042	-0,28	0,000

**Tablo. 2 Ebelerin Bazı Özelliklerine Göre GYSAÖ ve MİDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Özellikler	Sayı (%)	GYSA				MİDÖ		
		$\bar{x} \pm SS$	Test Değeri	P	Anlamlı Fark	$\bar{x} \pm SS$	Test Değeri	P
<b>Eğitim Durumu</b>								
Sağlık Meslek Lisesi <sup>a</sup>	79 (26,3)	140,38 ± 14,76				3,01 ± 0,53		
Ön Lisans <sup>b</sup>	97 (32,3)	137,52 ± 14,37	F: 3,372	<b>0,036</b>	<b>b&lt;c</b>	3,05 ± 0,67	F: ,397	<b>0,673</b>
Lisans/lisansüstü <sup>c</sup>	115 (41,3)	142,66 ± 14,72	(sd: *)			2,98 ± 0,61	(sd: *)	
<b>Çalışma Süresi</b>								
1 ve 1 Yıldan Az <sup>a</sup>	52 (17,3)	144,42 ± 15,67				3,16 ± 0,62		
2-5 Yıl <sup>b</sup>	103 (34,3)	142,94 ± 14,53	F: 4,895	<b>0,002</b>	<b>a,b&gt;d</b>	2,77 ± 0,51		
6-10 Yıl <sup>c</sup>	44 (14,7)	137,77 ± 13,29				2,93 ± 0,62	1,454	0,227
11 Yıl ve Üstü <sup>d</sup>	101 (33,7)	136,87 ± 14,21				2,96 ± 0,60		
						3,01 ± 0,61		
<b>Çalışma Saatleri/Şekli</b>								
Gündüz	51 (17)	138,16 ± 15,40				3,03 ± 0,61		
Gece	42 (14)	138,38 ± 13,25	F: 1,426	0,242		2,93 ± 0,62	F: 0,426	
Vardiyalı	207 (69)	141,36 ± 14,82				2,96 ± 0,60		0,242
						3,01 ± 0,61		
<b>Birimdeki Görevleri</b>								
Ebe	200 (66,7)	143,11 ± 14,83	T: 4,873	<b>0,000</b>		138,16 ± 15,40	3,747	0,000
Hemşire ve diğer işler	100 (33,3)	134,97 ± 13,00	(Sd: 298)			138,38 ± 13,25	(Sd: 298)	
<b>Kurumdan Memnuniyeti</b>								
Evet	185 (58,7)	138,44 ± 14,68	T: 2,950	0,003		3,16 ± ,62	T:5,709	0,000
Hayır	115 (41,3)	143,54 ± 14,33				2,77 ± ,51		
<b>Birimden Memnuniyeti</b>								
Evet	194 (64,7)	139,26 ± 14,51	1,810	0,071		3,14 ± ,60	5,488	<b>0,000</b>
Hayır	106 (35,3)	142,47 ± 14,98				2,76 ± ,55		

\* Bağımsız gruplarda t testi için serbestlik derecesi (sd): 298 3 gruplu varyans analizlerinde sd; gruplararası: 2, grupiçi: 297, toplam: 299, 4 gruplu varyans analizlerinde sd; gruplararası: 3, grupiçi: 296, toplam: 299, 5 gruplu varyans analizlerinde sd; gruplararası: 4, grupiçi: 295, toplam: 299

## TARTIŞMA

Araştırmaya katılan ebelerin demografik özellikleri; çoğunluğunun 18-31 yaşları arasında, lisans mezunu ve 2-10 yıl arası çalışma deneyimi olduğu saptandı. Bu sonuçlar, ülkemizde 1997-98 yılından beri lisans düzeyinde bir eğitime geçilmiş olması ile uyumludur. Ebelerin çoğunluğu kadın doğum bölümünde ve ebe olarak çalışırken, diğerleri hemşire ya da diğer sağlık elamanı olarak çalışmaktadır. Bunun nedeni, ebelik mezunlarının istihdamdan fazla olması ile değerlendirilebilir.<sup>13</sup> Bu nedenle Sağlık bakanlığı 2007 ve 2012 tarihlerinde olmak üzere iki kez isteyen ebelerin hemşire

kadrosuna geçebileceği yönetmelikler yayımlanmıştır.<sup>7</sup>

Araştırmamıza katılan ebelerin EGYSA ölçeğinin toplamı cronbach alfa katsayısı 0.86'dir. Literatür incelendiğinde Türkiye'de ebelerin görev yetki ve sorumluluklarıyla ilgili tek çalışma Beydilli'nin çalışmasıdır (2000) ve mevcut çalışma ile cronbach alfa katsayısı benzerdir.

Araştırmamızda, ebelerin görev yetki ve sorumluluklarını bilme ve uygulamaları orta düzeydedir (140.40±14.73). Beydilli'nin (2000) çalışmasında ise iyi düzeyde (168±19.25) bulunmuştur. Bu sonucun nedeninin çalışmanın sadece ikinci basamak sağlık

kurumlarında çalışan ebelerle sınırlı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca ülkemizde ebelerin Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa kriterlerine göre lisans düzeyinde görev ve sorumlulukların bilincinde yetişmelerine rağmen, çalışma alanında eğitimlerini uygulama olanağı bulamamalarının ve 1928'den kalma bir yasa ile yönetilmeleri de sonuç üzerinde etkili olan faktörler olarak değerlendirilmiştir. Çünkü eğitim araştırma hastaneleri temel de tıp fakültesi mezunu olan hekimin uzmanlık eğitimlerini amaç olarak hedefledikleri için ebenin görev kapsamında olan birçok görev asistanlar tarafında yapılmaktadır.<sup>13-14</sup>

MİDÖ cronbach alfa katsayısı ise 0.87'dir. Ebelerin iş doyum puanlarında ortadan yükseğe doru bir kayma olmasına rağmen orta düzeyde ( $3.01 \pm 0.61$ ) saptanmıştır. Bu bulgu olumlu bir bulgu olmasına karşın, ebelerin genel doyumunun orta düzeyde olması çalışma yaşamlarında birçok probleme sahip olduklarının ve mesleki beklentilerinin olumlu yönde gerçekleşmediğinin göstergesi olarak düşünülebilir. Sonuçlarımız literatürde ebelerin iş doyumunu konu alan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.<sup>2,15-17</sup>

Araştırma sonuçlarına göre EGYSA ile MİDÖ arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 1). EGYSAÖ (toplam) puanları arttıkça genel iş doyumunu, içsel ve dışsal iş doyumunu olarak azalmaktadır. Literatürde ebelerin görev yetki ve sorumlulukları ile iş doyumunu karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Ebelerin eğitim düzeyinin yüksek olması ve EGYSA düzeyinin artmasıyla, işten beklentilerin arttığını ve bu beklentiler gerçekleşmediğinde ise iş doyumunun olumsuz etkilendiğini düşündürmektedir. Kahraman ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışma da eğitim düzeyinin iş doyumunu olumsuz etkilediğini göstermektedir.<sup>17</sup> Çalışmanın farklı eğitim düzeyinde ve farklı çalışma koşullarında (I.-II. basamak, özel, üniversite ve bakanlık gibi) çalışan ebeler ile tekrar edilmesinin literatüre katkı sunacağını düşünüyoruz.

Ebelerin demografik özelliklerinden, eğitim durumlarındaki gelişme ile EGYSA düzeyi arasında anlamlı bir ilişki varken, MİDÖ ile bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 2). İleri analizlerde eğitim düzeyi arttıkça EGYSA düzeyi arttığı belirlenmiştir. Ebelikle çalışma alanları ve çalışma koşulları açısından benzerlik gösteren hemşireler ile yapılan çalışmalarda

eğitim düzeyinin, mesleki roller ve profesyonellikte etkili olduğu belirtilmektedir.<sup>18,19</sup> Eğitim düzeyinin mesleki rolleri etkilemesine rağmen iş doyumunu etkilemediğini gösteren çalışmalar mevcuttur.<sup>10,20,21</sup> Bu durum ülkemizde, lisans eğitimini alanlar ile bu eğitimi almamış olanların iş tanımının aynı olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca çalışmamızın aksine Kahraman ve arkadaşları (2011) yaptığı çalışmada lisans düzeyinde olanların iş doyumlarının daha düşük olduğunu göstermektedir.<sup>17</sup> Literatürde eğitim durumu ile iş doyumunu arasındaki ilişkide farklılıklar olması; ebelerin eğitim düzeyinin arttıkça beklentilerinin artmasından beklentileri karşılanmayınca iş doyumunun azalması ile açıklanabilir.

Ebelerin çalışma süresi ile EGYSA düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var iken; çalışma süresinin MİDÖ'yu etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 2). Araştırmanın ileri analizlerinde çalışma süresi azalırken EGYSA düzeyinin arttığı görülmüştür. Çalışma süresi fazla olan ebelerin görev yetki ve sorumluluklarını daha az bilmelerinin nedeni; eğitim seviyelerinin daha düşük olmasından kaynaklanabilir. Yapılan araştırmalar da ebelerin çalışma yılının azaldıkça eğitim düzeyinin yükseldiğini göstermektedir.<sup>10,12</sup> Bunun nedeni, ebeliğin lisans mezununu 2000'li yıllarda verilmeye başlamasındandır. Lisans mezunu ebelerin kliniklerde doğumhanelerde ve toplum sağlığı merkezlerinde sayıları arttıkça ve bu mezun ebelerin eğitim bilgilerinin de yeni ve güncel olması ile görev yetki ve sorumluluklarının daha fazla bilincinde olması ile açıklanabilir. Literatürde çalışmamızı destekleyen<sup>20,22</sup> ve aksine çalışma süresi arttıkça iş doyumunun arttığını gösteren çalışmalarda mevcuttur.<sup>24,25</sup> Farklılığın nedeni çalışma hayatında geçen süreyle mesleki tecrübenin, otonominin, becerisinin artması ve ebelerin çalışma alanında kazandıkları inisiyatiflerin artmasıyla iş doyumunun artmasından kaynaklanabilir.<sup>24</sup>

Ebelerin çalışma saatleri ile hem EGYSA hem de MİDÖ'de etkili olmadığı belirlenmiştir. Çalışma saatlerinin görev yetki ve sorumlulukları bilmede etkili olmaması beklenmedik bir sonuçtur. MİDÖ'nin etkili olmaması beklenmedik bir sonuçtur. Çünkü vardiya usulü çalışmak iş doyumunu açısından önemli bir stresör olarak kabul edilmektedir.<sup>26,27</sup> Çalışma sonucumuzdaki bu farklılığın nedenini

ebelerin gece vardiyalarında doktor sayısının azalması ile daha çok görev yetki ve sorumluluklarını yerine getirebilmelerinden kaynaklanabilir.

Çalıştıkları birimde ebe olarak görev yapan EGYSA düzeyi artarken, iş doyumları azaldığı belirlenmiştir. Bu sonuç ebelerin mesleğin görev yetki ve sorumluluklarını bildikleri halde yerine getiremedikleri için iş doyumunun düştüğü ile açıklanabilir. Özellikle Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nin doğumhane birimlerinde kadın doğum uzmanı yetiştirmek amacıyla doğum yaptırma yetkisinin asistanlara verilmesi, ebelerin doğumu yaptıramamasının iş doyumunu azalttığı düşünülebilir. Ebeler görev yetki ve sorumluluğundaki görevleri yerine getirdiklerinde, ebelerin mesleki motivasyonları ve profesyonellikleri artarak iş doyumunu da arttıracaktır.<sup>26</sup>

Çalıştıkları kurumundan memnun olan ebelerin, EGYSA düzeyi azalırken, iş doyumlarının arttığı belirlenmiştir. Çalıştıkları kurumu sevmeye ile EGYSA düzeyi arasında gerçekte bir bağlantı yoktur. Çünkü kişi görev ve sorumluluklarını ya bilir ya da bilmez fakat uygulaması ve iş doyumunu ile ilişkisi vardır. Bu sonucun kurumla ilgili olmadığını tamamen aldıkları eğitim ile ilgili olduğunu düşünmekteyiz. Beklendiği gibi iş doyumunda, kurumunu seven ebelerin puan ortalamaları yüksektir. Literatür de kurumdan memnun olan çalışanların iş doyumunun yüksek olduğunu göstermektedir.<sup>12,27</sup>

Çalıştıkları birimden memnun olan ebelerin, EGYSA düzeyi değişmezken, iş doyumlarının arttığı belirlenmiştir. Ebelerin birimden memnun olması EGYSA düzeyini etkilememesi, birimi sevmenin yasaları bilme uygulamayla bağlantılı olmamasından kaynaklanabilir. Fakat iş memnuniyeti için çalıştığı birimi sevmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Aydın ve arkadaşlarının 2010'da yapmış olduğu çalışmada da birimini seçerek gelenlerin atamayla gelen ebelere göre daha doyumlu olduğu görülmektedir. Doğumhanede çalışan ebelerin diğer birimlerde çalışan ebelere göre iş doyumunun yüksek olması; doğumhanedeki ebelerin eğitim aldıkları alanda iş üzerindeki kontrol ve otonomisinin daha fazla olmasıyla iş doyumunun olumlu etkilendiğinin göstergesi olabilir.<sup>12,28</sup> Literatürde; çalışılan kliniklerin mesleki rol ve profesyonellikte etkili olduğu bunun birimler arasında farklılıklar olduğunu

göstermektedir.<sup>18,29</sup> Bu durum da iş doyumları arasında farklılığın nedeni olabilir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Ebelerin EGYSA ve MİDÖ ölçeğinden elde edilen verilere göre ebelerin görev yetki ve sorumluluklarını bilme ve uygulamaları ve iş doyumları orta düzeydedir. Ebelerin EGYSA ile MİDÖ arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ebelerin demografik özelliklerinden, eğitim durumları artıkça EGYSA puanları artmış ve anlamlı bir ilişki saptanmış fakat MİDÖ ile bir ilişki bulunmamıştır. Ebelerin çalışma süresi azalırken EGYSA düzeyinin arttığı, MİDÖ'yu etkilemediği belirlenmiştir. Ebelerin çalışma saatleri ile hem EGYSA hem de MİDÖ'de etkili olmadığı belirlenmiştir. Çalıştıkları birimde ebe olarak görev yapan EGYSA düzeyi artarken, iş doyumları azaldığı belirlenmiştir. Çalıştıkları kurumundan memnun olan ebelerin, EGYSA düzeyi azalırken, iş doyumlarının arttığı belirlenmiştir. Çalıştıkları birimden memnun olan ebelerin, EGYSA düzeyi değişmezken, iş doyumlarının arttığı belirlenmiştir. EGYSA ölçeğinin, kullanımı ve değerlendirilmesi zor olduğundan sadeleştirilmesi ya da geliştirilmesi önerilebilir. Ebelerin görev yetki ve sorumluluklarını yerine getirebileceği kurum ve birimlerde çalıştırılmaları hem mesleki gelişimini hem de iş doyumunu arttıracaktır. Bununla birlikte çalışmanın farklı eğitim düzeyinde ve farklı çalışma koşullarında (I-II. basamak, özel, üniversite ve bakanlık gibi) çalışan ebeler ile tekrar edilmesinin literatüre katkı sunacağını düşünüyoruz.

**Teşekkür:** Araştırmamıza gönüllü olarak katılan ve formları eksiksiz dolduran tüm ebe arkadaşlara ve izin veren kurumlara teşekkür ederiz.

## KAYNAKLAR

1. Arslan H, Karahan N, ve Çam Ç. Nature of midwifery and effects of delivery mode. Maltepe Üniversitesi Hemşire Bilim ve Sanatı Dergisi 2008; 1(2):54-68
2. Çam O, Akgün E, Gümüş AB, Bilge A ve Keskin GÜ. Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6(4):213-220.

3. Şahin N. Seksio–Sezaryen yaygınlığı ve sonuçları. Maltepe Üniversitesi Hemşire Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2(3):93-98.
4. Beydilli E. Ebelerin Görev Yetki Ve Sorumluluklarını Algılama Durumlarının Belirlenmesi Ve Geliştirilen Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans Tezi. 2000
5. Mackinnon NJ. Role strain: An assesment of measure and its invariance of factor structure across studies. The Journal of Applied Psychology 1978; 63: 321-328.
6. Yazıcı S. Ebelik mesleğini nasıl yok ediyoruz. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2009; 12:12-15.
7. Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazetesi, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Madde 23, 12/07/2012 tarih, 28351 sayı.
8. Şimşek Ş, Akgemci, T, Çelik A. Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış (Geliştirilmiş 2. Baskı), Ankara: Nobel. 2009.
9. Baycan A. An Analysis Of The Several Aspects Of Job Satisfaction Between Different Occupational Groups. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi SBE Doktora Tezi; 1985.
10. Aydın M. ve Akan, N. Mersin Büyükşehir Belediye sınırları içinde çalışan ebelerin mesleki doyumu. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 3(1):15-21
11. Saygılı M. Yüksek Lisans Tezi; “Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Algıları İle İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Yusuf Çelik, Ankara-2008
12. Kaya B. ve Balkaya N. Aydın ilindeki ebelerin iş doyumu ve tükenmişliklerini etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi 2013; 6(4):184-197.
13. Yükseköğretim Kurulu, (2014). Türkiye’de sağlık eğitimi ve sağlık insan gücü durum raporu. Retrieved from <http://www.yok.gov.tr/web/guest/turkiye-de-saglik-egitimi-ve-saglik-insan-gucu-raporu>
14. Yurdakul M. Ebelikte lisansüstü eğitim. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2008; 24(1,2,3), 57-61.
15. Kaya B. ve Balkaya N. Aydın ilindeki ebelerin iş doyumu ve tükenmişliklerini etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi 2013; 6(4):184-197.
16. Mirmolaei T, Dargahi H, Kazemnejad A. and Mohajerrahbari M. Job satisfaction of midwives. Persian 2005; 24(25):97-106.
17. Kahraman G, Engin, E, Dülgerler Ş. ve Öztürk, E. Yoğun bakım hemşirelerinin iş doyumları ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi 2011; 4(1):12-18
18. Halfer D. and Graf E. Graduate nurse perceptions of the work experience. Nurs Econ, 2006; 24(3):150-56.
19. MacDonald JA, Herbert R. and Thibeault C. Advanced practice nursing: unification through a common identity. Journal of Professional Nursing 2006; 22(3):172-179.
20. Gölbaşı Z, Kelleci M. ve Doğan S. Relationships between coping strategies, individual characteristics and job satisfaction in a sample of hospital nurses: cross-sectional questionnaire survey. International Journal Of Nursing Studies 2008; 45:1800- 1806
21. Yıldız N, Kanan N. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde iş doyumunu etkileyen faktörler. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2005; 9(1-2): 8- 13.
22. Aydın R. ve Kutlu Y. Job satisfaction in nurses and parameters concerning and determining relations between job satisfaction and tendency of conflict. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi 2001; 5(2):37-45.
23. Çiçek ÖE. Ebelik Son Sınıf Öğrencilerinin Görev Tanımları ve Yeterlilik Alanlarına Göre Kendilerini Değerlendirmeleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi 2009
24. Monga M. and Doyle MN. Job satisfaction among program directors in obstetrics and gynecologysa national portrait. Am J obstet Gynecol 2003; 189(3): 628-630.
25. Saygun M, Çakmak A. and Köse K. Job satisfaction of physicians employed in three hospitals Kırıkkale. Turk. Klinikleri J. Med. Sci. 2004; 24:219-229.
26. Beydağ D.K. ve Arslan, H. Factors influencing the professionalism of midwives and nurses working obstetric/gynecology clinics. Sağlık Bilimleri Dergisi 2008; 3(7):76-79.

27. Smith H., Tallman R. and Kelly K. Magnet hospital characteristics and Northern Canadian Nurses Job Satisfaction. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 2011; 19(3): 73-86.

28. Yavuz YA, Topbaş M, Çan E, Çan G. ve Özgün Ş. Trabzon il merkezindeki sağlık ocakları çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile iş doyumu düzeyleri ve ilişkili faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6(1):41-50.

29. Seyhan L, Deveci B, Baydur H, Kuşçu EA, Ertekin E. Ebelerde çalışma yaşantısı ve iş doyumunun değerlendirilmesi. *İnsan Kaynakları ve Endüstri İlişkileri Dergisi* 2004;6(2):23-24.

30. Andrews et. al. Professional roles and communications in clinical placements: A qualitative study of nursing students perception and some models for prective. *IJNS*. 2006; 43(7): 861-874.

## Sağlık Eğitimi Alan Kız Öğrencilerin Osteoporoz Risk Faktörleri ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi

### Evaluation of Osteoporosis Risk Factors and Awareness in Female Students Who Receive Health Education

Ayfer BAYINDIR ÇEVİK<sup>a</sup>, Hilal PEKMEZCİ<sup>b</sup>, Sema KOÇAN<sup>b</sup>

**ÖZET Amaç:** Bu çalışma sağlık eğitimi alan kız öğrencilerin sahip oldukları osteoporoz risk faktörlerini, risklerini ve bu konudaki farkındalıklarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı. **Materyal Metot:** Çalışma verileri 192 kız öğrenciden toplandı. Verilerin toplanmasında sosyo-demografik özelliklerin ve alışkanlıkların sorgulandığı bilgi formu, Uluslararası Osteoporoz Vakfı tarafından geliştirilmiş olan “Bir dakikalık risk testi” ve araştırmacılar tarafından geliştirilmiş “Osteoporoz Risk Farkındalıkları” soru formu kullanıldı. Verilerin analizinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma ve korelasyon testi kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmaya katılan öğrencilerin % 98.4’ ü bekar, %6’sı sigara kullanmakta, %54.7’si hiç egzersiz yapmamakta, %42.2’si ise süt tüketmemektedir. Öğrencilerin %13’ü düzenli olarak ilaç kullanmakta, %40.6’sı sırt ve bel ağrısı çekmekte, %50.5’i kapalı giyim tarzını seçmekte ve %57.3’ü güneşlenmemektedir. Öğrencilerin ailelerinin %12.5’inde osteoporoz, %20.3’ünde ise kırık hikayesi bulunmaktadır. Ailesinde osteoporoz hikayesi bulunanların risk puanları bulunmayanlara göre daha yüksek bulundu. ( $p<0.001$ ). Beden Kütle İndeksi (BKI) ile osteoporoz risk puanı arasında ters yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Öğrencilerin %97.4’ ünün osteoporoz risklerinin düşük, osteoporoz risk farkındalık puanına göre ise farkındalıklarının orta düzeyde ( $12.84\pm 3.16$ ) olduğu belirlendi. Osteoporoz risk puanı ile farkındalık puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı ( $p<0.05$ ). **Sonuç:** Bu çalışma, gençlik döneminde düşük risk grubunda yer alan öğrencilerde erken dönemde risk faktörleri taraması yapılması, risklerinin ölçülmesi, farkındalıklarının artırılması ve korunmaya yönelik yaşam tarzı düzenlemeleri konusunda eğitim ile davranış değişikliği yapılması gerektiğini vurgulamaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Farkındalık, kadın, osteoporoz, risk, öğrenci.

**ABSTRACT Aim:** This study was planned as descriptive and cross sectional and aimed to evaluate the osteoporosis risk factors, risks and awareness in female students who were receiving health education. **Material and Method:** The study data was collected from 192 female students. In data collection, the information form in which socio-demographic factors and habits were questioned, the “One minute risk test” which was developed by the International Osteoporosis Foundation and the “Osteoporosis Risk Awareness” questionnaire form, which was developed by the researchers, were used. In the analysis of data, frequencies, percentages, arithmetic means, standard deviations, and correlation tests were used. **Results:** Among the students who participated in the study, 98.4% were single, 6% were smokers, 54.7% did not exercise at all, and 42.2% did not consume milk. It was found that 13% of the students were on regular medication, 40.6% suffered from back pain and waist pain, 50.5% chose to dress in a turban, and 57.3% did not sunbathe. Among the students’ families, 12.5% had a history of osteoporosis and 20.3% had a history of fracture. The risk scores of the students whose families had a history of osteoporosis were found to be higher compared to the students whose families do not have such a history ( $p<0.001$ ). There was a significant and inverse relationship between Body Mass Index (BMI) and osteoporosis risk score ( $p<0.005$ ). It was determined that the osteoporosis risks of %97.4 of the students were low and that their risk awareness was at a medium level according to their osteoporosis risk awareness scores ( $12.84\pm 3.16$ ). A significant relation between osteoporosis risk score and awareness score could not be found

Geliş Tarihi/Received: 06-09-2015 / Kabul Tarihi/Accepted: 21-10-2015

a Yard. Doç. Dr. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İslampaşa Mah. RTEÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi yanı. Merkez/Rize, E-mail: ayferbayindir@hotmail.com.tr

Sorumlu Yazar Adres/ correspondence: Yard. Doç. Dr. Ayfer Ayfer Bayındır Çevik, E-mail: ayferbayindir@hotmail.com.tr

b Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

**Atf:** Bayındır Çevik A, Pekmezci H, Koçan S. Sağlık Eğitimi Alan Kız Öğrencilerin Osteoporoz Risk Faktörleri ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2016;3(1):31-38.

**To cite this article:** Bayındır Çevik A, Pekmezci H, Koçan S. Evaluation of Osteoporosis Risk Factors and Awareness in Female Students Who Receive Health Education. Health Science and Professions 2016;3(1):31-38.

( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** This study emphasized that screening for osteoporosis risk factors, measuring risks, raising awareness and making behavioral changes via preventive lifestyle arrangements is necessary in students who are in the low risk group during youth.

**Key words:** Awareness, osteoporosis, risk, student, woman.

## GİRİŞ

Osteoporoz her yaşta ve popülasyonda görülebilen fiziksel, psikolojik ve ekonomik sorunlara yol açan bir hastalıktır.<sup>1</sup> Osteoporoz hastalarının %80'i kadın olduğundan toplumlarda daha çok kadın sağlığı sorunu olarak görülmektedir.<sup>2</sup>

Osteoporoz prevalansı Uluslararası Osteoporoz Derneği tarafından İngiltere'de %41.6, Danimarka'da %40.8, Japonya'da %35.4, Amerika Birleşik Devletleri'nde %30.3 olarak açıklanmıştır.<sup>3</sup> Türkiye'de ise osteoporoz prevalansı 50 yaş üzerinde erkeklerde %7.5, kadınlarda ise %12.9 olarak belirlenmiştir.<sup>4</sup>

Yaş, cinsiyet, menoz, hormonal nedenler, genetik ve irksal nedenler, beslenme ve olumsuz yaşam tarzı, sigara ve alkol kullanımı, immobilizasyon gibi faktörlerin osteoporoz riskini arttırdığı bilinmektedir.<sup>5</sup> Osteoporoz ve osteoporozla bağlı kemik kırıkları fiziksel fonksiyonlarda azalmaya, sosyal izolasyona, depresyon gibi durumlara neden olarak, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.<sup>6-9</sup>

Osteoporoz önlenebilir bir kronik hastalık olduğundan, kadınlarda erken dönemde kemik sağlığının geliştirilmesi ve korunması önemlidir. Korunmada en önemli yaklaşım çocukluk ve adölesan dönemlerinde optimal kemik kütlelerinin kazanılması, sonrasında ise kemik kütlelerinin korunmasıdır.<sup>10</sup> Korunmada sahip olunan risklerin erken dönemde belirlenmesi osteoporoz gelişimini engellemek, artışını durdurmak, osteoporozla bağlı kırıkları önlemek açısından önemlidir.<sup>11</sup> Osteoporoz riskini büyük ölçüde belirleyen faktörler; doruk kemik kütlesi ve kemik kaybı hızıdır. Doruk kemik kütlesi, ortalama 20 yaşlarında ulaşılan kemik mineral dansitesi olarak tanımlanmaktadır.<sup>4</sup> Bu yaşlarda kemik yoğunluğu ne kadar fazla ise, daha sonra olabilecek kayıplardan etkilenme de o kadar az olacaktır. Bunun için yeterli kalsiyum ve D vitamini alınması, her gün en az bir saat güneş ışınlarından yararlanılması, egzersiz yapılması, yaşam biçiminin düzenlenmesi, çok ve sık doğumların önlenmesi, aşırı zayıflıktan

kaçınılması gerekmektedir.<sup>12,13</sup> Osteoporozu önlemede, kemik sağlığının değerlendirilmesine

yönelik tarama testleri erken yaşlarda başlamalıdır.

Osteoporozda kullanılan ilaçların sınırlı etkileri olmasından dolayı tedavide ana hedef birincil önlemedir. Türkiye nüfusunun %49.8'ini kadın nüfus (38 194 504 kişi) ve kadın nüfusun %11.3'ünü 18-24 yaş grubu oluşturmaktadır.<sup>14</sup> Kemik yoğunluğu kazanmanın en önemli olduğu yaş grubu toplumun büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu nedenle, kadınlarda osteoporoz risk faktörleri taraması erken yaşlarda başlanmalıdır. Ülkemizde bu yaş grubunda osteoporoz risk faktörlerinin taramasına yönelik çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Bununla birlikte sağlık eğitimi gören kız öğrencilerin kendi sağlığı ile ilgili konularda daha duyarlı olmaları beklenmektedir. Bu doğrultuda çalışma, sağlık eğitimi alan kız öğrencilerin erken dönemde sahip oldukları osteoporoz risk faktörlerinin belirlenmesi, risklerinin ölçülmesi, farkındalıklarının değerlendirilmesi ve farkındalık arttırmaya yönelik yapılması gerekenler konusunda ihtiyaç belirlemek amacı ile planlandı.

## MATERYAL VE METOT

### Çalışma Grubunun Özellikleri

Araştırma 1-30 Aralık 2013 tarihleri arasında, tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı. Araştırmanın uygulanabilmesi için Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı. Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi. Araştırmaya Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda okuyan tüm kız öğrenciler (192 kişi) dahil edildi. Araştırmayı kabul eden ve anketin tamamını yanıtlayan öğrenciler (%94) çalışmaya alındı. Araştırma öncesi öğrencilere sözlü bilgilendirilme yapıldı.

### Veri Toplama Araçları

*Tanımlayıcı Özellikler Formu:* Çalışmada demografik özellikleri ve alışkanlıklarını



değerlendiren Kişisel Bilgi Formu (11 soru) ve literatür doğrultusunda hazırlanan hastalık ile ilişkili alışkanlıklar (18 soru), farkındalıklarını değerlendirmeye yönelik "Osteoporoz Risk Farkındalıkları Anketi" (20 soru) ve "Bir Dakikalık Risk Testi" (9 soru) kullanıldı.

**Osteoporoz Risk Farkındalığı Değerlendirme Formu:** Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirildi. Formda kişinin, hastalığın risk faktörleri hakkında bilgisi 5 soru ile (D vit eksikliği, kalsiyum yetersizliği, genetik yatkınlık, menopoza, 4 ve daha fazla sayıda çocuk doğurmak, kişinin fiziksel yapısı), korunma ve beslenme hakkında bilgisi 7 soru ile (erken tanı, hastalık belirtilerini önceden tanıyabilme, süt ve kalsiyumdan zengin gıda tüketimi, kalsiyum alma, egzersiz yapma), osteoporoz ile ilişkili zararlı alışkanlıklar hakkında bilgisi 3 soru ile (alkol, kahve, sigara tüketimi) ve osteoporoz ve eşlik eden hastalıklar hakkında bilgisi 3 soru ile (diyabet, hipertansiyon, erken menopoza, romatizmal hastalıklar, beslenme bozuklukları) ve ilaç kullanımı 2 soru ile (menopoz döneminde hormon tedavisi ve kemik erimesi ilacı kullanımı) sorgulandı. Form doğru, yanlış, bilmiyorum şeklinde yanıtlanmaktadır. Formdan minimum 0, maksimum 20 puan alınmaktadır. Alınan puan <7 ise düşük, 7 ile ≤13 arasında ise orta, ≥14 ise yüksek düzeyde farkındalık olarak gruplandı.

**Bir Dakikalık Osteoporoz Risk Testi:** Uluslararası Osteoporoz Vakfı- International Osteoporosis Foundation (IOF) tarafından geliştirilmiş olan "Bir dakikalık risk testi" formu, 2000 yılında Türkçe'ye çevrilmiş olup, osteoporozun erken tanınmasında ve risk faktörlerinin ortaya çıkarılmasında önemlidir.<sup>5,6</sup> Bu test standart 7 sorunun dışında kadınlar için 2 ek soru, erkekler için 1 ek soru içermektedir. Soruların cevapları evet- hayır şeklinde olup verilen evet yanıtının fazla olması osteoporoz açısından risk altında olduğunu göstermektedir. Testten alınan <50 puan düşük risk, 55-100 orta, 105-150 yüksek, 155 ve üzeri ise çok yüksek risk olarak değerlendirilmektedir.<sup>5,7</sup>

Verilerin istatistiksel analizleri için SPSS 22.0 paket programı, istatistiksel metot olarak; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma ve spearman korelasyon testi kullanıldı. Sonuçlar, %95 güven aralığında, p<0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.<sup>15,16</sup>

## BULGULAR

Çalışmaya katılan öğrencilerin % 98.4' ünün bekar, %44.8 'inin en uzun süre şehirde yaşadığı, %62.5'inin arkadaşları ile kaldığı, %81.8'inin çalışmadığı belirlendi (Tablo1).

Öğrencilerin %40.6'sı sırt ve bel ağrısı çekmekte, %12.5'i sırtta kamburlaşma şikayeti belirtmektedir. Öğrencilerin %54.7'si hiç egzersiz yapmamakta, %57.3'ü düzenli kahve tüketmekte, ve güneşlenmemekte, % 57.8'i ise düzenli süt tüketmemektedir. Öğrencilerin 39.6'sının ilk adet görme yaşı 14 ve üzeridir. Öğrencilerin ailelerinin %12.5'inde osteoporoz, %20.3'ünde ise kırık hikayesi bulunmaktadır. Öğrencilerin %13'ü düzenli ilaç kullanmakta, bunların %2.6'sı ise östrojen ve kalsiyum desteği almaktadır. Öğrenciler en çok mide barsak hastalıklarına (%5.7) sahiptir. Osteoporoz tanısı almış 1 öğrenci bulunmaktadır (Tablo 2).

**Tablo 1.** Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri (N:192)

Tanımlayıcı Özellikler	% (n)
Medeni durum	
Evli	1.6 (3)
Bekar	98.4 (189)
En uzun yaşadığı yer	
İl	44.8 (86)
İlçe	40.1 (77)
Köy	15.1 (29)
Kiminle yaşadığı	
Yalnız	3.1 (6)
Aile	34.4 (66)
Yurtta/evde arkadaşlarla	62.5 (120)
Çalışma durumu	
Çalışan	18.2 (35)
Çalışmayan	81.8 (157)
BKI	21.58±2.89 (min – max: 13.21-34.04)

Osteoporoz tanısı olan öğrenci dışlandıktan sonra risk gruplaması yapıldı. Çalışma kapsamındaki öğrencilerin aile hikayesinde osteoporoz hikayesi bulunanların risk puanları bulunmayanlara göre daha yüksektir (p<0.001). Yüksek risk grubuna giren öğrenci bulunmamaktadır (Tablo 3).

**Tablo 2.** Öğrencilerin sahip oldukları osteoporoz ile ilişkili şikayetleri ve risk faktörleri (N=192)

Değişkenler	% (n)
<b>Osteoporozaya yönelik şikayetlerin varlığı*</b>	
Sırt/bel ağrısı çekme	40.6 (78)
Sırtta kamburlaşma	12.5 (24)
Kırık hikayesi	5.7 (11)
50 kg'dan düşük olma	18.2 (35)
<b>Riskli yaşam tarzı*</b>	
Sigara Kullanımı	3.1 (6)
Sigara kullanım sıklığı (adet/gün)	4.83±4.02
Egzersiz yapma durumu	
Yapmayan	54.7 (105)
Her gün 30-60 dk	7.3 (14)
Haftada 2-3 kez	33.3 (64)
Haftada 3 defadan fazla	4.7 (9)
Düzenli kahve tüketimi	57.3 (110)
Kahve tüketim sıklığı (fincan/gün)	1.46±0.97
Düzenli olarak süt tüketmeme	57.8 (111)
Güneşlenmeme	57.3 (110)
Kapalı giyim tarzı	50.5 (97)
<b>Özgeçmiş*</b>	
Menarş yaşı 14 ve üzeri olan	39.6 (76)
3 aydan uzun süre yatağa bağımlılık	2.1 (4)
<b>Soygeçmiş*</b>	
Ailede osteoporoz öyküsü	12.5 (24)
Ailede kırık öyküsü	20.3 (39)
<b>İlaç kullanımı*</b>	
Düzenli kullanım	13.0 (25)
Östrojen ve kalsiyum desteği alma	2.6 (5)
3 aydan uzun süre kortizon kullanımı	2.6(5)
<b>Osteoporoz ve ilişkili hastalıkların varlığı*</b>	
Hipertansiyon	0.5 (1)
Diyabet	1.0 (2)
Tiroid	1.6 (3)
Akciğer	1.0 (2)
Böbrek	2.1 (4)
Mide ve barsak	5.7 (11)
Romatoid artirit	1.0 (2)
Osteoporoz	0.5 (1)

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

**Tablo 3.** Öğrencilerin Risk Gruplarına Göre Puanları (N=191)

Risk Grupları	% (n)	Ortalama*
<b>Düşük risk</b> (<50 puan)	97.4 (186)	12.84±3.16
<b>Orta derecede risk</b> (55-100 puan arası)	2.6 (5)	13.16±2.48
<b>Yüksek derecede risk</b> (105-155 puan arası)	-	-

\*Risk Farkındalığı Puanı Ortalaması

Osteoporoz risk puanı ile farkındalık puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 4). Öğrencilerin risk farkındalıkları ile sahip oldukları osteoporoz riskleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.005$ ). Bununla birlikte BKİ ile osteoporoz risk puanı arasında ters yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.005$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4.** Osteoporoz risk puanı ile farkındalık puanı ve beden kitle indeksi ilişkisi

	Osteoporoz risk puanı	Risk farkındalık puanı	BKİ
<b>Osteoporoz risk puanı</b>			
r	1		
p			
<b>Risk farkındalık puanı</b>			
r	0.065	1	
p	0.372		
<b>BKİ</b>			
r	-0.247	0.098	1
p	0.001	0.180	

**TARTIŞMA**

Bu çalışmanın ana bulgusu doruk kemik kütlesi yaş grubunda olan sağlık eğitimi alan öğrencilerin osteoporoz riskleri düşük, farkındalıkları orta düzeyde olmasına rağmen fazla sayıda osteoporoz risk faktörüne sahip olduğudur. Çalışma grubunda osteoporoz ile ilişkili şikayetlerin ve riskli yaşam şekli alışkanlıklarının yüksek oranda olduğu ve önemli bir kısmının (%12.5) ailesel yatkınlığının olduğu görülmektedir.

Osteoporoz sıklıkla kadınlarda görülen, önlenebilir bir hastalıktır. Bu nedenle kadınların sahip oldukları osteoporoz risk faktörlerinin ve

farkındalıklarının erken yaşlarda belirlenip, davranış değişimini gerçekleştirecek yaşam şekli düzenlemelerinin topluma kazandırılması önem taşımaktadır.

Çalışmada öğrencilerin çoğunun (% 40.1) kırsal kesimden geldiği ve herhangi bir işte çalışmadığı (%81.8) belirlendi. D vitamini eksikliğine bağlı osteoporoz gelişme riski olan bireylerde kemik mineral yoğunluğunun azalması ile birlikte boyda kısalma, sırtta kamburlaşma, sırt-bel ağrıları görülmekte ve kolayca kırık oluşabilmektedir.<sup>17</sup> Üç cm den daha fazla boy kaybı şikayeti olmamakla birlikte, öğrencilerin önemli bir kısmında (% 40.6) sırt ve bel ağrısı, sırtta kamburlaşma (% 12.5) şikayetleri ve özgeçmişlerinde kırık hikayesi (%5.7) bulunmaktadır. Literatürde postmenopozal kadınlarda artan BKI ile kemik yoğunluğunun azaldığı ve osteoporoz riskinin arttığı belirtilmektedir. Bu nedenle postmenopozal kemik kaybını önlemek için yeterli vücut kütlelerini sürdürmenin önemli olduğu belirtilmektedir.<sup>5</sup> Kırkbeş yaş üzeri kadınların ele alındığı bir çalışmada ise BKI ile kemik yoğunluğu arasında ilişki bulunmamıştır.<sup>2</sup> Bir başka çalışmada ise ince, narin fizik yapıya sahip olmanın osteoporoz açısından risk teşkil ettiği belirtilmektedir.<sup>10</sup> Bu çalışmada BKI azaldıkça osteoporoz riskinin arttığı bulundu. Çalışma grubunun önemli bir kısmının (%18) düşük kilo risk faktörünü taşıdığı görülmektedir. Çalışma grubunda görülen bu farklılık düşük kilo ve genç yaş grubunda olmasından kaynaklanmış olabilir. Bunlar düşük risk grubunda olan kız öğrenciler için osteoporozun öncü belirtileri olabilir.

Tüm kronik hastalıkların gelişiminde olduğu gibi osteoporozda da bireyin sahip olduğu riskli yaşam şekli alışkanlıkları osteoporoz gelişimine zemin hazırlayabilir.<sup>18</sup> Sigara kullanımı, egzersiz yapmama, fazla miktarda kahve tüketimi, düzenli süt ve süt ürünleri tüketmeme, güneşlenmeme ve kapalı giyim tarzı bu riskli yaşam şekli alışkanlıkları arasında sayılabilir.

Sigara tüketiminin genel olarak osteoporoz ve kırık oluşumunda önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Sigara içimi ile osteoporoz arasındaki ilişki, nikotinin zararlı etkilerine bağlıdır.<sup>19</sup> Bu çalışmada kız öğrencilerin sigara kullanım oranı (%3.1) düşük bulundu. Bu sonuç öğrencilerin sigara konusunda farkındalıklarının iyi olduğunu ve

sigaranın kullanımının osteoporoz açısından önemli risk teşkil etmediğini göstermektedir.

Osteoporoz gelişiminin önlenmesinde egzersizin önemi bilinmektedir.<sup>12</sup> Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin, egzersizin faydalarını (%71.4) bilmelerine karşın, düzenli egzersiz yapmadıkları (%51.2) görülmüştür.<sup>20</sup> Benzer şekilde osteoporozu önlemede eğitimin öneminin incelendiği bir çalışmada genç kadınların büyük bir kısmının (%86) osteoporoz ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmalarına rağmen, düzenli egzersiz yapmadıkları (%96.2) belirlenmiştir.<sup>11</sup> Bu çalışmada ise öğrencilerin %54.7'sinin hiç egzersiz yapmadığı belirlendi. Çalışma grubunun egzersiz yapma oranı düşük olmakla birlikte, diğer çalışma grubundaki kadınlara göre daha iyi olduğu görülmektedir. Genel olarak bu sonuçlar, osteoporozun önlenmesinde egzersiz yapmanın öneminin kadınlar tarafından yeterince kavranmadığını göstermektedir.

Literatürde fazla miktarda kahve tüketiminin küçük miktarda kemik yoğunluğunu azalttığı, ancak kırık riskini artıracak şekilde osteoporozu neden olmadığı bildirilmektedir.<sup>21</sup> Türk Toplumunda osteoporoz risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada kadınların %36.0'mın kahve tükettiği belirlenmiştir.<sup>2</sup> Çalışma grubunun yarısından fazlası (%57.3) kahve tükettiğinden, kahvenin öğrenci grubunda osteoporoz açısından risk teşkil ettiği söylenebilir. Yaşam boyunca kemik sağlığının korunabilmesi için değiştirilebilir risk faktörlerinden fazla kahve alımının azaltılması önemlidir.

Kalsiyum, potasyum, magnezyum, fosfor, D vitamini ve proteinden zengin beslenme büyüme çağlarında doruk kemik kütlelerine ulaşmada, gençlik çağlarında da sağlıklı kemik yoğunluğunun sürdürülmesinde önemli olduğu bilinmektedir. Oniki yıl takipli Framingham çalışmasında süt ve süt ürünleri tüketiminin kalça kemiği yoğunluğu ile ilişkili olduğu ancak, omurilik kemiği yoğunluğu ve kırık gelişimi ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir.<sup>18</sup> Çalışma grubunun %57.8'i düzenli olarak günlük süt ve süt ürünü tüketmemektedir. Benzer çalışmalarda; öğrencilerin kalsiyum alımları (%59.6) yetersiz bulunmuştur.<sup>22,23</sup> Adölesan kız öğrenciler ile yapılan bir çalışmada da öğrencilerin büyük bir kısmının (%58) yeterli kalsiyum almadığı belirlenmiştir.<sup>24</sup> Kadınların adölesan ve yetişkinlik döneminde yeterli süt ve süt ürünleri

tüketimine yeterince önem vermedikleri görülmektedir. Bu öğrencilerin %62.5'i yurt ve evde arkadaşları ile oturmasına, aile ortamından uzak olmalarına bağlı olabilir. Tüm bu çalışmalarda da görüldüğü gibi, Türk Toplumunda kadınlarda süt ve süt ürünleri az tüketmenin osteoporoz açısından risk teşkil ettiği söylenebilir.

Yeterli miktarda 25-hydroxyvitamin D (25OHD)'nin yeterince güneş ışınları ile alınmaması kemik yoğunluğunun azalmasına neden olabilir.<sup>25</sup> Çalışma grubundaki öğrencilerin yarısının (%50.5) tüm vücut kapalı giyim tarzı seçtiği ve güneşlenmediği (%57.3) görülmektedir. Bu sonuç öğrencilerin güneş ışığındaki D vitamininden yeterince yararlanmadıklarını göstermektedir.

Yatağa bağımlılığın kemik yoğunluğunu azalttığı bilinmektedir. Çok yüksek oranda olmamakla birlikte (%2.1) geçmişte 3 aydan uzun süre yatağa bağımlılık dönemi olan öğrenciler bulunmaktadır. Çeşitli çalışmalarda pozitif aile öyküsünün osteoporoz ve osteoporozla ilgili kırık riski oluşumunda risk faktörü olduğunu göstermektedir.<sup>26,27</sup> Öğrencilerin ailelerinin %12.5'inde osteoporoz, %20.3'ünde ise kırık hikayesi bulunmaktadır. Osteoporoz risk faktörlerinin incelediği bir çalışmada, osteoporoz tanısı alan kadınların %47.8'inin ailesinde osteoporoz tanılı bireyler bulunduğunu (anne, kız kardeş) ifade etmiştir.<sup>2</sup> Bu nedenle ailelerinde osteoporoz ve buna bağlı kırık hikayesi olan kız öğrencilerde bu yaşlarda farkındalık geliştirilmesi önemlidir.

Hipertiroidi, diyabet gibi endokrin hastalıklar, romatoid artrit gibi bağ dokusu hastalıkları, KOAH, astım gibi akciğer hastalıkları, malabsorbsiyon hastalığı ve diyare gibi sindirim sistemi ve bazı böbrek hastalıkları sekonder osteoporoz gelişimine zemin hazırlayan nedenler arasında sayılmaktadır.<sup>5</sup> Benzer şekilde 3 aydan uzun süre kortizon kullanımı, antikonvülzan, antikoagülan ilaç kullanımı da ikincil osteoporoz nedenleri arasındadır.<sup>5,25</sup> Çalışma grubunda, bu kronik hastalıklara sahip ve osteoporoz açısından risk oluşturabilecek ilaç kullanan öğrenci sayısı az olmasına rağmen, bu öğrenciler osteoporoz açısından risk altındadır.

Öğrencilerin osteoporoz risk farkındalıkları puan ortalaması orta düzeyde 12.84±3.16 olup, düşük riske (%96.9) sahiptir. Osteoporoz risk puanı ile farkındalık puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Türk Toplumunda osteoporoz bilgi düzeyinin

araştırıldığı bir çalışmada, kadın ve erkeklerin osteoporoz bilgi ve farkındalık düzeyi düşük bulunmuştur.<sup>23</sup> Türk Toplumunda 45 yaş üzerindeki kadınlarda osteoporoz risk testi değerlendirilerek yapılan bir başka çalışmada da, kadınların farkındalık düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir.<sup>28</sup> Tıp Fakültesi öğrencilerinin osteoporoz farkındalıklarının değerlendirildiği bir çalışmada ise osteoporoz bilgi düzeyleri iyi bulunmuştur.<sup>29</sup> Bir başka çalışmada ise kadınların osteoporoz hakkında bilgi düzeyi erkeklere göre daha yüksek bulunmuş, ileri yaştaki yetişkinlerin osteoporozla ilişkin sağlık bilgilerinin üniversite öğrencilerine göre daha iyi olduğu bildirilmiştir. Bunun nedeni ise tecrübe, yaş, eğitim artışına bağlanmıştır.<sup>30</sup> Postmenopozal kadınlarda osteoporoz riskinin değerlendirildiği bir çalışmada, kadınların bir dakikalık osteoporoz risk testi sonuçları kemik mineral yoğunluğu ile ilişkili bulunmuştur.<sup>31</sup> Bu nedenle osteoporoz taramalarında risk belirlemede, bir dakikalık osteoporoz risk testi sonuçları önemlidir. Kemik kütle kaybı menopoz ve sonraki dönemde hızlı artış göstermektedir.<sup>27,32</sup> Bu nedenle gençlik ve erişkin yaş dönemi kadınların kemik sağlığı açısından önerilenlerin yapılabileceği en verimli dönemdir. Sağlıklı Türk kadın popülasyonuna sahip olabilmek için, gençlik döneminde düşük riske sahip olursa bile osteoporoz farkındalığının artırılması gerekmektedir.

Bütün kronik hastalıklarda olduğu gibi osteoporozda da en önemli nokta toplum farkındalığının geliştirilerek korunmalarını sağlamaktır. Bu nedenle kadınların gençlik döneminde farkındalığın artırılması önemlidir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık eğitimi alan öğrencilerin osteoporozla yönelik farkındalıkları yeterli değildir. Bu çalışma, osteoporoz açısından sağlıklı kadın popülasyona sahip olabilmek için, gençlik döneminde risk faktörleri taramasının yapılmasını, risklerinin ölçülmesini ve farkındalıklarının artırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu amaçla üniversite eğitimi içerisinde kız öğrencilere osteoporoz gelişimi, etiyolojisi, korunmada sağlıklı beslenme ve yaşam şekli alışkanlıklarının kazandırılması eğitimleri verilmeli ve olumlu sağlık davranışları geliştirilmelidir. Eğitimin içeriğinde osteoporoz ve risk faktörlerinin tanıtımı, riskli yaşam şekli alışkanlıkları, osteoporoz ve genetik yatkınlık, ilaç kullanımı, osteoporoz ile ilişkili hastalıklar, kemik sağlığı için uygun beslenme

ve egzersiz konularında davranış değişimi yaratma ele alınmalıdır.

#### Yazar katkısı

Literatür araştırması, çalışmanın tasarımı: ABC  
Verilerin toplanması: ABC, HP, SK  
Verilerin analizi: ABC, HP, SK  
Raporlama: ABC, HP.

#### Kaynaklar

1. Warriner AH, Saag KG. Osteoporosis diagnosis and medical treatment. *Orthopedic Clinics of North America* 2013;44(2):125-35.
2. Pınar G, Pınar T, Doğan N, Karahan A, Algier L, Abbasoğlu A, Kuşçu E. Kırk beş yaş ve üstü kadınlarda osteoporoz risk faktörleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2009; 36 (4): 258-266.
3. International Osteoporosis Foundation, The Eastern European & Central Asian Regional Audit: Epidemiology, Costs & Burden of Osteoporosis in 2010. <http://www.İofbonehealth.Org/> Erişim: 12.08.2015.
4. Meray J, Peker Ö, Tüzün Ş. Epidemiyoloji Türkiye Çalışması Fracturk. Osteoporozda Tanı ve Tedavi. Türkiye Osteoporoz Derneği, 1. Baskı. ISBN: 978-605-63275-0-6 Galenos Yayınevi İstanbul– 2012.ss 8-21.
5. Üstündağ N, Korkmaz M, Öksüzkaya A. Osteoporozun sınıflandırılması, risk faktörlerinin belirlenmesi, ve bir dakikalık osteoporoz risk testi. *Eurasian Journal of Family Medicine* 2013; 2(3):107-114.
6. Osteoporoz Hasta Derneği, <http://www.ohd.org.tr/osteoporozriskiniznedir/Osteoporoz-Riskiniz-Nedir> Erişim: 10.08.2015.
7. Wong CP, Lok MK, Wun YT, Pang SM. Chinese men's knowledge and risk factors of osteoporosis: compared with women's. *American Journal of Men's Health* 2014; 8(2):159-66.
8. Dempster DW. Osteoporosis and the burden of osteoporosis-related fractures. *The American Journal of Managed Care* 2011;17(6): 164-169.
9. Kuru P, Akyüz G, Cerşit HP, Çelenlioğlu AE, Cumhuri A, Biricik Ş, Kozan S, Gökşen A, Özdemir M, Lüleci E. Fracture history in osteoporosis: risk factors and its effect on quality of life. *Balkan Medical Journal* 2014; 31(4):295-301.
10. Uçan Ö, Taşçı S, Ovayolu N. Osteoporozda Risk Faktörleri ve Korunmanın Önemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2 (6): 73-86.
11. Yağmur Y. Genç kadınlara uygulanan osteoporozdan korunmaya yönelik sağlığı geliştirme programının etkinliğinin değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006; 13(4): 257-262.
12. Borer KT. Physical activity in the prevention and amelioration of osteoporosis in women: interaction of mechanical, hormonal and dietary factors. *Sports Medicine* 2005; 35(9): 779-830.
13. Aydil S. Uzmanlık Tezi; “Osteoporozda Egzersiz Programının Solunum Fonksiyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi” T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul 70.yıl Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Tez Yöneticisi: Dr. Nurdan Paker. İstanbul-2005.
14. Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık istatistikleri 2013. <http://www.tuik.gov.tr/> Erişim: 03.07.2015
15. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. 1. Baskı. ISBN: 978-605-335-046-0 Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2014. ss: 221-223.
16. Karasar N. Araştırma Yöntemleri, 21.Baskı, Nobel Yayınları, İstanbul, 2013. ss: 38-50.
17. Maier GS, Seeger JB, Horas K, Roth KE, Kurth AA, Maus U. The prevalence of vitamin D deficiency in patients with vertebral fragility fractures. *Bone Joint Journal* 2015; 97(1):89-93.
18. Sahni S, Tucker KL, Kiel DP, Quach L, Casey VA, Hannan MT. Milk and yogurt consumption are linked with higher bone mineral density but not with hip fracture: The Framingham Offspring Study. *Archives of Osteoporosis* 2013; 8(1-2):119-121.
19. Jaramillo JD, Wilson C, Stinson DJ, Lynch DA, Bowler RP, Lutz S, et al. Reduced Bone Density and Vertebral Fractures in Smokers: Men and COPD

- Patients at Increased Risk. Annals of the American Thoracic Society 2015; 12(5):648-56.
20. Kılıç D, Erci B. Premenopozal dönemdeki kadınlara verilen eğitimin osteoporozla ilişkin sağlık inançları ve bilgi düzeylerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10(3):34-44.
  21. Choi EJ, Kim KH, Koh YJ, Lee JS, Lee DR, Park SM. Coffee consumption and bone mineral density in Korean premenopausal women. Korea Journal of Family Medicine 2014; 35(1):11-18.
  22. Akalın A, Kaplan S, Yılmaz T, Pınar G, Akkuş S. Üniversite Öğrencilerinin Osteoporoz Sağlık İnançları ve Risk Faktörleri Konusunda Bilgilerinin Değerlendirilmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi 2013;18-27.
  23. Altın E, Karadeniz B, Türkyön F, Baldan F, Akkaya N, Atalay NŞ, Şahin F. Kadın ve erkek yetişkinlerde osteoporoz bilgi ve farkındalık düzeyinin karşılaştırılması. Türk Osteoporoz Dergisi 2014; 20: 98-103.
  24. Anderson KD, Chad KE, Spink KS. Osteoporosis Knowledge, Beliefs, and Practices among Adolescent Females. Journal of Adolescent Health 2005; 36: 305-312.
  25. Durvasula S, Gies P, Mason RS, Chen JS, Henderson S, Seibel MJ, et al. Vitamin D response of older people in residential aged care to sunlight-derived ultraviolet radiation. Archives of Osteoporosis 2014; 9(1):197-199.
  26. Tural Ş, Kara N, Alaylı G. Osteoporoz genetiği. Türk Osteoporoz Dergisi 2011;17:100-109.
  27. Kanis JA, Burlet N, Cooper C, Delmas PD, Reginster JY, Borgstrom F, et al. European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporosis International Journal 2008;19(4):399-428.
  28. Durmuş D, Akyol Y, Ulus Y, Tander B, Alaylı G, Cantürk F. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin osteoporoz farkındalık durumları ve bilgi kaynakları, 3. Ulusal Osteoporoz Kongresi Bildiri Özetleri, Türk Osteoporoz Dergisi 2008; 14:6. [http://www.turkosteoporozdergisi.org/makale\\_4104/3-Ulusal-Osteoporoz-Kongresi-Bildiri-Ozetleri-Poster-Sunumlar](http://www.turkosteoporozdergisi.org/makale_4104/3-Ulusal-Osteoporoz-Kongresi-Bildiri-Ozetleri-Poster-Sunumlar). Erişim: 12.08.2015.
  29. Ecerkale Ö, Dülgeroğlu D, Çakıcı A, Çevikol Demir A, Ecerkale K. Kadın hastalarda osteoporoz bilgi düzeyinin belirlenmesi. Osteoporoz Kongresi Bildiri Özetleri, Türk Osteoporoz Dergisi 2008; 14:9. [http://www.turkosteoporozdergisi.org/makale\\_4104/3-Ulusal-Osteoporoz-Kongresi-Bildiri-Ozetleri-Poster-Sunumlar](http://www.turkosteoporozdergisi.org/makale_4104/3-Ulusal-Osteoporoz-Kongresi-Bildiri-Ozetleri-Poster-Sunumlar). Erişim: 12.08.2015
  30. Gammage KL, Gasparotto J, Mack DE, Klentrou P. Gender differences in osteoporosis health beliefs and knowledge and their relation to vigorous physical activity in university students. The Journal of American College Health 2012; 60(1):58-64.
  31. Özdemir F, Demirbağ Kabayel D, Süt N, Kurtoglu Koçan D, Demir Yazıcı Ş, Uzunali M. Osteoporoz Risk Testi Sonuçlarının Kemik Mineral Yoğunluğu ile İlişkisi - Orijinal Araştırma. Türk Osteoporoz Dergisi 2009;15:75-8.
  32. Montalcini T, Gallotti P, Coppola A, Zambianchi V, Fodaro M, Galliera E, et al. Association between low C-peptide and low lumbar bone mineral density in postmenopausal women without diabetes. Osteoporosis International Journal 2015; 26(5):1639-46.

## Birinci ve Son Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinde Eleştirel Düşünme ve Etkileyen Faktörler

### First and Last Grade Nursing Students' Levels of Critical Thinking and Affecting Factors

Şebnem BİLGİÇ<sup>a</sup> Zeynep KURTULUŞ TOSUN<sup>b</sup>

**ÖZET Amaç:** Bu araştırma, birinci ve son sınıf hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerini ve eleştirel düşünmeyi etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan araştırma bir üniversitenin Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırma 2013-2014 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde, eleştirel düşünme düzeylerinde en fazla fark olabileceği düşünülen birinci ve son sınıf öğrencileri ile yürütülmüştür. Birinci ve son sınıftaki toplam 210 öğrenciden araştırmaya katılmayı kabul eden 160'ı araştırmada yer almıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu ve Kaliforniya Eleştirel Düşünme Eğilimleri Ölçeği (KEDEÖ) kullanılarak toplanmıştır. Veriler tanımlayıcı (ortalama, standart sapma, yüzdelik hesapları) ve karşılaştırmalı (Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis) istatistiksel araştırma testleri kullanılarak analiz edilmiştir. **Bulgular:** Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme puan ortalaması 252.50±28.96 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin KEDEÖ alt boyut puan ortalamaları arasında en yüksek puanı analitik düşünce alt boyutundan (46.03±7.13), en düşük puanı ise doğruyu arama alt boyutundan (37.36±6.90) aldığı belirlenmiştir. Araştırmada öğrencinin devam ettiği sınıfın, mezun olduğu okulun, anne eğitiminin, gelir düzeyinin ve aile yapısının öğrencilerin eleştirel düşünme düzeylerini etkilediği saptanmıştır. **Sonuç:** Eleştirel düşünme düzeyleri orta düzeyde bulunan hemşirelik öğrencilerinin öğrenimleri süresince eleştirel düşünme becerilerini geliştirecek şekilde desteklenmesi gerekmektedir. Öğrencilerin derse aktif katıldığı öğrenme ortamlarının oluşturulması, nitelikli soru ve sorgulamalarının desteklenerek gerekli yönlendirmelerin yapılması ile eleştirel düşüncenin geliştirilmesine destek olunması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Eleştirel düşünme, hemşirelik eğitimi, hemşirelik öğrencileri

**ABSTRACT Aim:** This study was conducted to determine the level of critical thinking and the factors affecting critical thinking of the first and last grade nursing students. **Method:** This descriptive study, School of Health of Nursing Department was carried out at a state university. This study was carried out with first and last grade students that might have the most different levels of critical thinking in 2013-2014 academic years' spring semester. A total of 210 students from 160 of the first and the last grade students who accepted to participate in the study. Data of research was collected by using Personal Information Form and California Critical Thinking Disposition Inventory (CCTDI). The data were analyzed using by descriptive (mean, standard deviation, percentage) and comparative statistical tests (Mann-Whitney U Test and Kruskal Wallis Test). **Results:** The mean score of critical thinking of nursing students is calculated 252.50±28.96, CCTDI subscale scores between the highest mean scores of students from analytical thinking subscale (46.03±7.13), while the lowest score from the right call subscale (37.36±6.90) was determined. Students in the class of continued, the school graduation of students', mother's education, income level and family structure has been found to affect the level of critical thinking of students'. **Conclusion:** Moderate levels of critical thinking in nursing students during their education must be supported to develop critical thinking skills. It is important that active learning environment be established, necessary guidance be made by supporting qualified inquiries and interrogation, and the development of critical thinking be supported.

**Key Words:** Critical thinking, nursing education, nursing students

Geliş Tarihi/Received: 2015-11-13/ Kabul Tarihi/Accepted: 2016-01-14

<sup>a</sup> Araş. Gör. Dr. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Namık Kemal Mah. Kampüs Cad. No: 1 59030 TEKİRDAĞ. Mail: sbilgic@nku.edu.tr Tel: 02822503115.

<sup>b</sup>Yrd. Doç. Dr. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Namık Kemal Mah. Kampüs Cad. No:1 59030 TEKİRDAĞ. Mail: ztosun@nku.edu.tr Tel:0 282 250 31 07

**Sorumlu Yazar Adres/ Correspondence:** Şebnem Bilgiç, Mail: [sbilgic@nku.edu.tr](mailto:sbilgic@nku.edu.tr). Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Namık Kemal Mah. Kampüs Cad. No: 1 59030 TEKİRDAĞ.

**Atf: Bilgiç Ş, Kurtuluş Tosun Z. Birinci ve Son Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinde Eleştirel Düşünme ve Etkileyen Faktörler. HSP 2016;3(1):39-47.**

**To cite this article: Bilgiç Ş, Kurtuluş Tosun Z. First and Last Grade Nursing Students' Levels of Critical Thinking and Affecting Factors. HSP 2016;3(1):39-47.**

## GİRİŞ

Bilgilerin analizi, sentezi ve değerlendirilmesi süreci olarak kabul edilen eleştirel düşünme; her yönlü düşünmeyi bazen de karşıt düşünmeyi gerektiren, aktif, etkin, örgütlü ve işlevsel bir süreçtir.<sup>1-3</sup> Değişen toplumlar, toplumsal dinamikler, sağlık bakım gereksinimleri ve sağlık politikaları ile modern bir meslek haline gelen, doğası gereği sürekli problem çözme ve profesyonel kararlar alma durumunda olan hemşireliğin literatürüne eleştirel düşünme ilk kez 1980'lerde girmesine rağmen, kavramsal açıklaması 1990 yılına kadar yapılamamıştır.<sup>4-6</sup> Bireyin yaşam kalitesini ve hemşirelik bakımının kalitesini etkileyen eleştirel düşünme günümüzde giderek önem kazanan bir kavramdır. Eleştirel düşünmenin kazanılması için bireyin mesleki karar verme ve farklı biçimlerde düşünme becerileri ile hemşirelik bilgisinde belirli bir birikiminin olması gerekmektedir.<sup>7</sup>

Toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve yaşam kalitesini artırma yönünde etkin ve kaliteli hizmet verebilme; meslekte profesyonellik, otonomi ve güç sahibi olma iyi düzeyde eleştirel düşünme becerisine sahip olma ile gerçekleşir.<sup>8,9</sup> Teknolojik gelişmelerin ve kanıta dayalı uygulamaların hızla arttığı sağlık bakım ortamında, birden fazla seçenek arasında uygun ve doğru olanı en hızlı biçimde seçmek durumunda kalan hemşirelerin, sorgulama yapma, akıl yürütme, bilgiyi işleme, bireyselleştirilmiş bakım verme, problem çözme yeteneği kazanma ve etkili iletişim kurabilmeleri için eleştirel düşünceye sahip olması gereklidir.<sup>10-13</sup> Bu bağlamda bir beceriden çok kişilik özelliği olan, zihinsel yeteneğin önemli bir boyutunu oluşturan, olgunlaşma ve yaşantı zenginliklerinden etkilenen eleştirel düşüncenin hemşirelik öğrencilerinde geliştirilmesi önem kazanmaktadır. Ülkemizde yapılan araştırmalarda hemşirelik öğrencilerinde eleştirel düşüncenin düşük ya da orta düzeyde olduğu belirtilmektedir.<sup>5,9,14</sup> Eleştirel düşünme puanı yüksek olan hemşirelik öğrencilerinin akademik ve klinik yönden daha başarılı oldukları gösterilmiştir.<sup>5</sup> Bu çerçevede gelecekte etkin hizmet verebilecek hemşireler yetiştirebilmek için hemşirelik eğitimi boyunca öğrencilerin eleştirel düşünce becerilerinin geliştirilmesi önem kazanmaktadır.<sup>9</sup>

## Amaç

Bu araştırma, birinci ve son sınıf hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerini ve eleştirel düşünmeyi etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

## YÖNTEM

### Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın evrenini bir üniversitenin Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde, 2013-2014 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde öğrenimlerini sürdüren birinci ve dördüncü sınıf öğrencileri (210 öğrenci) oluşturmuştur. Bu öğrenciler arasından, verilerin toplandığı gün okulda bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 96 birinci sınıf, 64 dördüncü sınıf öğrencisi olmak üzere toplam 160 öğrenci araştırmada yer almıştır. Eleştirel düşünme düzeylerinde en fazla fark olabileceği düşünülen birinci ve son sınıf öğrencileri çalışmaya alınmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan ve öğrencilerin demografik özelliklerini içeren Kişisel Bilgi Formu ve Kalifornia Eleştirel Düşünme Eğilimleri Ölçeği (KEDEÖ) kullanılmıştır.

### Kaliforniya Eleştirel Düşünme Eğilimleri Ölçeği (KEDEÖ)

Giancarlo (1990-1998) tarafından geliştirilen ve Kökdemir (2003) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur. Altılı likert tipte olan ölçek 51 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin kuramsal olarak belirlenmiş ve psikometrik olarak da test edilmiş doğruyu arama (7 madde), açık fikirlilik (12 madde), analitik düşünce (10 madde), sistematiklik (6 madde), kendine güven (7 madde), meraklılık (9 madde) olmak üzere altı altı boyutu bulunmaktadır. Ölçekte her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Olumsuz maddeler (5, 6, 9, 11, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 33, 36, 41, 43, 45, 47, 49, 50) ters yönde puan almaktadır. Her bir alt ölçekten elde edilen ham puanlar soru sayısına bölündükten sonra 10 ile çarpılarak en düşük 6 ve en yüksek 60 değerini alan bir standart puana çevrilmiştir. Bütün alt ölçeklerde olası



en düşük ve en yüksek değerler sabittir. KEDEÖ toplamından alınan 240'ın altındaki puan "düşük", 240-300 arasındaki puan "orta" ve 300'ün üzerindeki puan "yüksek eleştirel düşünme beceri düzeyi" olarak kabul edilmektedir.<sup>9,14-16</sup> Araştırmamızda ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma verileri, Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan etik onay, araştırmanın yürütüleceği kurumdan yazılı izin alındıktan sonra elde edilmiştir. Öğrencilerden araştırmanın amacı, kendilerinden ne beklenildiği, yasal hakları ve elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı konusunda bilgilendirme yapılarak sözel izin alınmıştır.

### Verileri Analizi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS 16.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı ile tanımlayıcı (yüzdeler, aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum) testler ve karşılaştırmalı istatistik yöntemler (Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi) kullanılarak yapılmıştır.

## BULGULAR

### Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Yaş ortalaması 20.95±2.43 yıl olan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve ailelerine ilişkin diğer tanıtıcı özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Öğrencilerin %41.2'si genel lise mezunu olup, birinci sınıf öğrencilerin %42.70'i anadolu lisesi, dördüncü sınıf öğrencilerin ise %45.3'ü genel lise mezunudur.

### Öğrencilerin KEDEÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları

Araştırmaya katılan öğrencilerin KEDEÖ toplamından ve alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar Tablo 2'de gösterilmiştir. Öğrencilerin KEDEÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması 252.50±28.96 olup, en yüksek puan ortalamasını analitik düşünce, en düşük puan ortalamasını ise doğruyu arama alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 1. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı**

Özellik	Değişken	n	%
Cinsiyet	Kadın	127	79.4
	Erkek	33	20.6
Sınıf	1.sınıf	96	60.0
	4.sınıf	64	40.0
Mezun Olunan Okul	SML*	14	8.8
	Genel lise	66	41.2
	Anadolu lisesi	65	40.6
	Diğer	15	9.4
Anne eğitimi	Okur- yazar değil	14	8.7
	Okur yazar	7	4.4
	İlköğretim	107	66.9
	Lise ve üzeri	32	20.0
Gelir düzeyi	Düşük	16	10.0
	Orta	141	88.1
	Yüksek	3	1.9
Üniversite başarıları	Çok iyi	23	14.4
	İyi	71	44.4
	Orta	59	36.8
	Başarısız	7	4.4
Aile yapısı	Çekirdek aile	132	82.5
	Geniş aile	24	15.0
	Parçalanmış aile	4	2.5
Aile tutumu	Otoriter ve reddedici	10	6.2
	Hoşgörülü	12	7.5
	Koruyucu	24	15.0
	Tutarsız	10	6.2
	Demokratik	104	65.0

\*Sağlık Meslek Lisesi

**Tablo 2. Öğrencilerin KEDEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları**

	Dağılım Aralığı	Ortalama±SS
Doğruyu Arama	20.0-55.7	37.36±6.90
Açık Fikir	21.7-55.8	40.23±7.60
Analitik Düşünce	18.0-60.0	46.03±7.13
Sistematiklik	25.0-60.0	43.87±8.21
Kendine Güven	17.1-60.0	41.35±7.56
Meraklılık	14.4-60.0	43.67±8.06
KEDEÖ Toplam	168.0-325.6	252.50±28.96

### Öğrencilerin Eleştirel Düşüncelerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Öğrencilerin demografik ve aile özelliklerine göre KEDEÖ toplam ve alt boyutlarına ait puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3’de verilmiştir.

Öğrencilerin demografik özelliklerinden öğrenim gördükleri sınıfa göre analitik düşünce alt boyutu puan ortalamaları arasında, mezun olduğu okula göre doğruyu arama alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ), (Tablo 3).

Annelerin eğitim düzeyine göre öğrencilerin açık fikirlilik, analitik düşünce, kendine güven, meraklılık alt boyutları ve KEDEÖ toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli farklılıklar saptanmıştır ( $p<0.05$ ), (Tablo 3). Anne eğitimi lise ve üzeri olan öğrencilerin yukarıda söz edilen alt boyut ve KEDEÖ toplam puan ortalamasından en yüksek puanı aldığı görülmüştür (Tablo 3).

Öğrencilerin gelir düzeyine göre KEDEÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı karşılaştırıldığında, gelir düzeyine göre açık fikirlilik, analitik düşünce, meraklılık alt boyut puanları ve KEDEÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulundu ( $p<0.05$ ). Gelir düzeyini ‘düşük’ olarak tanımlayan öğrencilerin KEDEÖ toplam ve açık fikirlilik, analitik düşünce, meraklılık alt boyutlarından daha yüksek puan aldığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ), (Tablo 3).

Aile yapısına göre kendine güven, meraklılık alt boyutları ve KEDEÖ toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Parçalanmış aile yapısına sahip öğrencilerin diğer öğrencilere göre daha yüksek, geniş aile yapısına sahip öğrencilerin en düşük puanı aldığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Öğrencilerin cinsiyeti, üniversite başarısını algılamaları ve aile tutumlarına göre KEDEÖ toplam puan ve alt boyut puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 3).

### TARTIŞMA

Genetik faktörler yanında bireyin yetiştiği ortam ve aldığı eğitim gibi çevresel faktörlerden de etkilenen eleştirel düşünme

becerisi, hemşirenin klinik alanda alternatifler bulmasını, problem çözmesini, otonomi sağlamasını, profesyonelliğini sürdürmesini, hemşirelik bilgi ve becerisini sistematik bir şekilde hasta bakımına yansıtmasını olanaklı kıldığı için klinik başarıyı artırmaktadır.<sup>17</sup> Bu nedenle eleştirel düşünme becerisinin desteklenmesi önemlidir.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin KEDEÖ puan ortalamasının orta düzeyde olduğu saptanmıştır ( $252.95\pm 29.11$ ). Hemşire ve hemşirelik öğrencileri ile bugüne kadar yapılan çalışmalarda da eleştirel düşünme düzeylerinin genellikle düşük ve orta düzeyde olduğu saptanmıştır.<sup>5,9-10,14,17-20</sup> Hemşirelerde eleştirel düşünme düzeyinin yüksek bulunduğu araştırma sonuçlarına ise ülke dışında yürütülen araştırmalarda rastlanmıştır.<sup>21,22</sup>

KEDEÖ’nün alt boyutları incelendiğinde; en yüksek ortalamanın  $46.03\pm 7.13$  puan ile analitik düşünce, en düşük ortalamanın ise  $37.36\pm 6.90$  puan ile doğruyu arama alt boyutlarına ait olduğu saptanmıştır. Özdelikara ve ark.’nın (2012) hemşirelik öğrencileri ile Certel ve ark.’nın (2011) beden eğitimi öğretmenliği öğrencileri ile yaptığı araştırmaların sonuçları da mevcut araştırma ile benzerlik göstermektedir.

KEDEÖ toplam puan ortalamaları kız öğrencilerde erkek öğrencilere göre daha yüksek olsa da, fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Özdemir’in (2005) üniversite öğrencilerinin eleştirel düşünme becerilerini incelediği araştırmasında da, araştırmamıza benzer şekilde, cinsiyetin eleştirel düşünceyi etkilemediği belirtilmiştir.

Araştırmamızda ilk ve son sınıf öğrencileri arasında, birinci sınıfta daha yüksek olan “analitik düşünce” alt boyut puan ortalaması dışında, KEDEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları farklı değildi. Hemşirelik bölümlerine sayısal puan türü ile öğrenci alınması, birinci sınıfta Anadolu lisesi mezunlarının dördüncü sınıfa göre daha fazla olması analitik düşünme alt boyut puan ortalamasının birinci sınıfta daha yüksek olmasının nedeni olarak düşünülebilir. Şenturan ve Alpar’ın (2008) birinci ve son sınıf öğrencisi toplam 2029 öğrenci ile yaptıkları araştırmalarında da araştırmamıza

Tablo 3. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre KEDEÖ ve alt boyut puanları ile ilişkili faktörler

Tanıtıcı Özellikler		Doğruyu Arama	Açık Fikir	Analitik Düşünce	Sistematiklik	Kendine Güven	Meraklılık	KEDEÖ Toplam
<b>Cinsiyet</b>	Kız	36,15±6,28	38,48±8,56	46,12±8,15	46,57±10,35	41,21±7,69	45,35±8,08	253,88±31,46
	Erkek	37,67±7,04	40,68±7,30	46,00±6,87	43,16±7,45	41,40±7,56	43,24±8,03	252,15±28,40
		p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
<b>Sınıf</b>	1.Sınıf	36,59±6,77	40,40±7,25	47,05±7,07	44,46±8,89	41,93±7,76	44,12±8,32	254,56±28,34
	4.sınıf	38,50±7,00	39,97±8,15	44,48±6,99	42,97±7,06	40,49±7,23	43,00±7,66	249,43±29,83
		p>0.05	p>0.05	<b>p&lt;0.05</b>	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
<b>Mezun Olunan Okul</b>	SML	34,80±9,49	41,49±9,33	47,57±8,80	40,24±8,44	43,78±5,70	46,67±6,21	254,54±30,66
	Genel Lise	36,39±6,04	38,83±7,54	45,55±6,42	43,61±7,41	40,80±7,80	43,75±7,08	248,92±25,55
	Anadolu Lisesi	39,38±6,90	41,41±7,34	46,54±7,44	44,31±7,51	42,15±7,50	43,86±8,62	257,65±31,29
	Diğer	35,24±6,00	40,11±6,90	44,47±7,20	46,44±12,90	38,10±7,57	39,70±10,14	244,06±29,73
		<b>p&lt;0.05</b>	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
<b>Anne eğitimi</b>	Okur- yazar değil	35,71±8,02	38,87±7,02	41,00±10,34	45,12±13,80	37,65±8,73	38,81±10,42	237,17±35,36
	Okur yazar	36,12±6,94	33,21±10,27	41,43±5,65	38,57±8,13	44,29±8,94	44,60±6,74	251,11±27,15
	İlköğretim	37,23±6,78	40,10±7,20	46,33±6,59	43,45±7,36	40,73±7,50	43,25±7,78	251,11±27,15
	Lise ve üzeri	38,75±6,87	42,79±7,69	48,21±6,28	45,83±7,51	44,38±5,87	47,01±6,96	266,97±28,17
		p>0.05	<b>p&lt;0.05</b>	<b>p&lt;0.05</b>	p>0.05	<b>p&lt;0.05</b>	<b>p&lt;0.05</b>	<b>p&lt;0.05</b>
<b>Gelir düzeyi</b>	Düşük	37,95±6,62	45,00±7,44	49,50±7,83	46,15±9,54	43,31±9,15	49,38±8,42	271,27±35,98
	Orta	37,32±6,93	39,68±7,49	45,74±6,99	43,69±8,08	41,21±7,41	43,01±7,84	250,66±27,49
	Yüksek	35,71±9,37	40,55±6,25	41,00±3,60	39,44±5,85	38,10±4,59	44,44±5,55	239,25±27,93
		p>0.05	<b>p&lt;0.05</b>	<b>p&lt;0.05</b>	p>0.05	p>0.05	<b>p&lt;0.05</b>	<b>p&lt;0.05</b>
<b>Üniversite başarıları algısı</b>	Çok iyi	38,45±5,66	40,83±7,01	44,82±9,80	45,29±7,70	41,55±9,43	44,93±9,88	255,88±36,01
	İyi	37,06±7,64	39,34±7,34	46,88±6,92	43,77±7,19	41,95±7,26	44,30±7,83	253,33±26,38
	Orta	37,46±6,63	41,06±8,09	45,69±5,86	44,01±9,33	40,85±6,65	42,50±7,64	251,58±26,37
	Başarısız	35,92±5,56	40,24±8,52	44,00±9,00	38,81±9,36	38,98±11,53	43,02±7,66	240,96±43,71
		p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
<b>Aile yapısı</b>	Çekirdek aile	37,61±6,86	40,86±7,52	46,08±6,93	44,00±7,49	41,32±7,65	43,65±8,121	253,07±29,38
	Geniş aile	35,83±7,55	36,63±7,73	44,71±8,16	42,99±12,00	40,30±7,05	42,22±7,35	242,68±25,74
	Parçalanmış aile	38,21±3,17	40,83±4,03	52,00±4,24	44,58±3,70	48,93±2,14	53,06±3,55	277,62±6,05
		p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	<b>p&lt;0.05</b>	<b>p&lt;0.05</b>	<b>p&lt;0.05</b>
<b>Aile tutumu</b>	Otoriter ve reddedici	38,29±5,67	41,25±7,26	43,50±9,94	42,83±8,43	37,71±8,36	42,00±9,87	245,28±36,26
	Hoşgörülü	36,31±9,94	38,06±9,47	43,83±9,57	43,75±10,22	41,07±8,68	42,31±9,41	245,33±35,96
	Koruyucu	36,43±7,17	39,48±8,09	45,83±6,86	46,94±10,39	42,38±8,02	45,69±7,31	256,76±22,81
	Tutarsız	35,57±7,39	39,92±8,57	47,50±7,32	42,67±7,34	40,86±6,32	43,89±8,20	250,40±24,04
	Demokratik	37,77±6,56	40,58±7,29	46,42±6,69	43,38±7,44	41,55±7,39	43,50±7,94	253,22±29,32
		p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05

benzer bir sonuç alınmış, birinci sınıf öğrencilerinin dördüncü sınıflara göre analitiklik ve sistematiklik alt boyutlarında daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu bildirilmiştir. Eleştirel düşünmeyi uygulanan eğitim modelinin etkilediği bilinmektedir. İstatistiki bir öneme sahip olmasa da, klasik eğitim müfredatı uygulanan okulların birinci sınıf öğrencilerinin puan ortalamasının dördüncü sınıfların puan ortalamasından daha yüksek; farklı eğitim müfredatı yürüten okulların öğrencilerinde ise tam tersi olarak dördüncü sınıfların puan ortalamasının birinci sınıf öğrencilerinin puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.<sup>14</sup> Kanbay ve ark.'nın (2011) araştırmasında da yine benzer şekilde KEDEÖ toplam puan ortalaması birinci ve ikinci sınıfta, üçüncü ve dördüncü sınıfa göre daha yüksek bulunmuştur. Probleme dayalı öğrenme yaklaşımının kullanıldığı bir başka çalışmada da öğrencilerde KEDEÖ toplam puan ortalamasının orta düzeyde olduğu ve ilerleyen sınıflarda artarak son sınıfta en yüksek seviyeye ulaştığı bulgulanmıştır.<sup>17</sup> Düşünme biçimleri ve problem çözüme yaklaşımlarının kullanıldığı bu modelin uygulanmasının öğrencilerin eleştirel düşünme puanlarını arttırmış olabileceği, klasik anlatım modelinin benimsendiği okullarda ise öğrencinin pasif bilgi alıcı rolünde olması nedeniyle öğrencilerde eleştirel düşünme becerisinin olumsuz etkilendiği düşünülebilir.<sup>23</sup> Yüksek lisans ve lisans programına devam eden hemşirelik öğrencilerini kapsayan bir başka çalışmada da öğrencilerin eleştirel düşünme düzeyi puan ortalamaları lisansta “düşük” yüksek lisansta “orta” olarak saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen bu sonuç, yüksek lisans eğitiminde derslerin tartışmaya dayalı olması, daha fazla araştırmayı, okumayı, bilgileri yorumlamayı gerektirmesi, öğrenci sayısının az olması, öğrencilerin kendi kendine öğrenmeye ve araştırmaya teşvik edilmelerinin fazla olması gibi nedenlerle bu gruptaki öğrencilerin eleştirel düşünme düzeyi daha yüksek bulunmuş olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.<sup>8</sup>

Öğrencilerin mezun oldukları okul ile doğruyu arama alt boyutu arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır. Anadolu lisesinden mezun öğrencilerin diğer liselere göre doğruyu arama alt boyutundan daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Bu sonucun araştırmada yer alan diğer liselere göre Anadolu lisesinde sayısal ağırlıklı derslerin daha fazla

olması ve bu liselere giriş puanının daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Anne eğitim düzeyi lise ve üzeri olan öğrencilerin açık fikir, analitik düşünce, kendine güven, meraklılık ve KEDEÖ toplam puan ortalamalarında daha yüksek puan aldığı saptandı ve anne eğitiminin eleştirel düşüncenin geliştirilmesinde etkili olduğu düşünüldü. Çoğu çalışmada anne eğitim düzeyinin eleştirel düşünme becerisini etkilemediği saptansa da<sup>8-10, 18, 20, 23, 24</sup> araştırma sonucumuzu destekler yayınlar da vardır. Örneğin Tümkaya ve Aybek'in (2008) araştırmasında en yüksek eleştirel düşünme puanına, yükseköğretim ve üstü seviyede eğitim alan annelerin çocuklarının sahip oldukları saptanmıştır. Araştırmanın sonucunda bu farkın, annelerin eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte çocuk yetiştirme yöntemlerinde daha çok sorgulayıcı ve demokratik bir tutum benimsemiş olmalarından kaynaklanabileceği belirtilmiştir.<sup>25</sup> Annenin eğitim düzeyinin düşük olması, öğrencinin eleştirel düşünme düzeyinin düşük olmasına neden olduğu, babanın eğitim düzeyinin ise eleştirel düşünme düzeyini etkilemediği saptanmıştır.<sup>25</sup>

Gelir düzeyi ile eleştirel düşünce arasındaki ilişkiye baktığımızda, gelir düzeyini düşük olarak belirten öğrencilerin açık fikir, analitik düşünce, meraklılık ve KEDEÖ toplam puanında gelir düzeyi orta ve yüksek olan öğrencilere göre daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Bu konuda yapılan diğer araştırma sonuçları değişkendir. Orta ve yüksek gelir seviyesine sahip öğrencilerin, düşük gelir seviyesine sahip öğrencilere göre daha yüksek eleştirel düşünme düzeyine sahip olduğunu ifade eden yayınlar olsa da<sup>19</sup> ekonomik durumun eleştirel düşünme düzeyi üzerinde etkili olmadığını belirten yayınlar daha fazladır.<sup>9,18,20,23-26</sup> Yine az sayıda çalışmada da istatistiki öneme sahip olmasa da, araştırmamıza benzer olarak, düşük gelir seviyesine sahip olanların KEDEÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir.<sup>18,20</sup> Eleştirel düşünceyi zeka, yaşam deneyimi, yaş, yaşanılan ortam, bireyin aldığı eğitim gibi birçok faktörün etkilediği düşünüldüğünde farklı çalışmalarda farklı sonuçların görülmesi beklendik bir sonuç olarak düşünülebilir. Bununla birlikte gelir düzeyi bazı çalışmalarda “algılanan gelir düzeyi” olarak, bazı çalışmalarda ise aylık haneye giren para miktarı olarak yer almıştır. Bu soru tipindeki farklılığın da sonuçlar arasında değişkenlik oluşturduğu

düşünülmektedir. Eleştirel düşünme düzeyi yüksek olan öğrencilerde beklentiler daha fazla olduğu için de gelir seviyesi “düşük” olarak işaretlenmiş olabilir.

Araştırmamızda istatistiksel öneme sahip olmasa da, üniversite başarısını çok iyi olarak niteleyen öğrencilerin KEDEÖ’nden en yüksek puanı aldığı belirlendi. Akademik başarının eleştirel düşünme düzeyini artırdığı<sup>8</sup> veya yüksek eleştirel düşünme becerisinin akademik başarıyı da beraberinde getirdiği<sup>15</sup> dolayısıyla akademik başarı ve eleştirel düşünme arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Öğrencilerin akademik ortalamalarına göre eleştirel düşünme eğilim puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamayan araştırmalar da vardır.<sup>5</sup> Sonuçlardaki farklılığın kullanılan öğretim metodundan kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Konu merkezli, öğreticinin aktif öğrencinin pasif olduğu, öğretimin ezbere dayalı olduğu klasik düz anlatım metodunda akademik başarı iyi olsa da, eleştirel düşünme düzeyi iyi olmayabilir.

Bireyin eleştirel düşünme becerilerine kalıtsal faktörlerin dışında etki eden önemli faktörlerden birisi de çevresel faktörlerdir. Bireyin eleştirel düşüncesini okul dışında aile ve toplum etkileyebilir.<sup>25</sup> Aile yapısı ile öğrencilerin akıl yürütme süreçlerine duyduğu güveni yansıtan kendine güven ile bilgi edinme ve yeni şeyler öğrenme eğilimini gösteren meraklılık ve KEDEÖ toplam puanında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Parçalanmış aileye sahip öğrencilerin çekirdek ve geniş aileye sahip öğrencilere göre bu alanlarda daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Bu sonucun parçalanmış aileye sahip öğrencilerin sorumluluk, kendine güven ve tek başına karar verme durumlarını arttırdığı ve bunun da eleştirel düşünme düzeyi puan ortalamasını olumlu etkilediği düşünüldü.

Öğrencilerin aile tutumu ile eleştirel düşünme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Certel ve ark.’larının (2011) beden eğitimi öğretmenliği öğrencileri ile yaptığı araştırmada da aile tutumunun öğrencilerin eleştirel düşünme düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Palut’un (2008) eğitim fakültesi öğrencilerinde düşünme stilleri ve anne baba tutumları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmasında çocuklarını kabul edici, ilgili ve psikolojik özerklik sağlayan anne baba tutumları ile eleştirel düşünme stili arasında olumlu ilişki, çocuklarının davranışlarını kontrol edici, kesin ve sert kurallar koyan anne

baba tutumları ile eleştirel düşünme stili arasında ise olumsuz bir ilişki saptanmıştır. İskender ve Karadağ’ın (2015) araştırmalarında en düşük eleştirel düşünme puanını otoriter ve reddedici, Tümkaya ve Aybek’in (2008) araştırmasında ise en düşük eleştirel düşünme puanını koruyucu aileye sahip öğrenciler oluştururken, en yüksek eleştirel düşünme puanı demokratik aileye sahip öğrencilerde hesaplanmıştır.<sup>14, 25</sup> Bununla birlikte mevcut araştırmada en düşük puan ortalamaları olumsuz aile tutumu olarak nitelendirilen aşırı hoşgörülü, otoriter ve reddedici aile yapısına ait öğrencilerde saptanması literatür ile benzer sonuçları göstermektedir. Elde edilen bu bulgular öğrencilerin algıladıkları anne baba tutumları ile ilgilidir. Bu nedenle en yüksek KEDEÖ puanının aile tutumlarını koruyucu olarak nitelendiren öğrencilerde saptanması, öğrencilerin ailelerine koruyuculuk anlamı yüklemesinden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmüştür.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerinin orta seviyede olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda henüz öğrencilik döneminde iken bu becerileri destekleyen ve geliştiren eğitim programlarının uygulanması önem kazanmaktadır. Öğrencilerin daha aktif katılımlarının sağlanacağı, kendilerini güvende hissedecekleri ders ortamlarının oluşturulması, düşünme süreçlerinin izlenmesi, nitelikli soru sorma ve sorgulamalarının desteklenerek gerekli yönlendirmelerin yapılması ile eleştirel düşüncenin geliştirilmesine destek olunması önemlidir. Öğrencilerin eleştirel düşünme düzeyinin yükseltilebilmesinde eğitici çok önemli bir işleve sahiptir. Hemşirelik öğrencilerinde eleştirel düşünme eğilimlerinin hemşirelik eğitimi ile olan ilişkisi hakkında daha ayrıntılı bilgi edinebilmek için, eğitimden önce ve sonraki verileri kapsayan, uzunlamasına araştırmalar planlanmalıdır.

## Yazar Katkısı

Araştırmanın tasarımı, literatür araştırması, veri analizi ve yazının hazırlanması: ŞB  
Araştırmanın tasarımı ve yazının hazırlanması: ZKT

## KAYNAKLAR

1. Naber J, Wyatt TH. The effect of reflective writing interventions on the critical thinking

skills and dispositions of baccalaureate nursing students. *Nurse Education Today* 2014; 34(1):67-72.

2. Seferoğlu SS, Akbıyık C. Eleştirel düşünme ve öğretimi. *H.Ü. Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006; 30:193-200.

3. Uçan Ö, Taşçı S, Ovayolu N. Eleştirel düşünme ve hemşirelik. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008; 3(7):17-27.

4. Sullivan EA. Critical thinking in clinical nurse education: application of Paul's model of critical thinking. *Nurse Educ Pract* 2012; 12(6):322-327.

5. Kanbay Y, Işık E, Aslan Ö. Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri ile akademik başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011; 2(3):123-127.

6. Akça KN, Taşçı S. Hemşirelik eğitimi ve eleştirel düşünme. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2009; 5(2):187-195.

7. Dikmen YD, Usta YY. Hemşirelikte eleştirel düşünme. *S.D.Ü Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 4(1): 31-38.

8. Öztürk N, Ulusoy H. Lisans ve yüksek lisans hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleri ve eleştirel düşünmeyi etkileyen faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2008; 1(1):15-25.

9. Bulut S, Ertem G, Sevil Ü. Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerinin incelenmesi. *DEUHYO ED* 2009; (2):27-38.

10. Atay S, Ekim E, Gökkaya S, Sağım E. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009; 39-46.

11. Kong LN, Qin B, Zhou Y, Moub S, Gao MH. The effectiveness of problem-based learning on development of nursing students' critical thinking: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2014; 51(3):458-469.

12. Lin CC, Han CY, Pan JJ, Chen LC. The teaching learning approach and critical thinking development: a qualitative exploration of Taiwanese nursing students. *J Prof Nurs* 2015; 31(2):149-57.

13. Pitt V, Powis D, Levett-Jones T, Hunter S. The influence of critical thinking skills on performance and progression in a pre-registration nursing program. *Nurse Education Today* 2015; 35(1):125-131.

14. Şenturan L, Alpar ŞE. Hemşirelik öğrencilerinde eleştirel düşünme. *C.Ü*

*Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 12(1): 22-30.

15. Kökdemir D. Belirsizlik durumlarında karar verme ve problem çözme. [Doktora Tezi]. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2003.

16. Ergin B. Tartışma yöntemine dayalı etkinliklerin sınıf öğretmen adaylarının genetiği değiştirilmiş (GD) besinlere ilişkin risk algılarına ve eleştirel düşünme eğilimlerine etkisinin incelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Adıyaman Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Adıyaman, 2013.

17. Küçükçüçlü Ö, Kanbay Y. Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri ile klinik başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011; 14(3):21-25.

18. Zaybak A, Khorshid L. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2006; 22(2):137-146.

19. Dirimeşe E, Dicle A. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 15(2):89-98.

20. Özdelikara A, Bingöl G, Görgen Ö. Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri ve bunu etkileyen faktörler. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi* 2012; 20(3):219-226.

21. Raymond CI, Profetto-Mcgrath J. Nurse Educators' critical thinking: Reflection and measurement. *Nurse Educ Pract* 2005; 5(4):209-217.

22. Wangensteen S, Johansson IS, Björkström ME, Nordström G. Critical thinking dispositions among newly graduated nurses. *J Adv Nurs* 2010;66(10):2170-81.

23. Özdemir SM. Üniversite öğrencilerinin eleştirel düşünme becerilerinin çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi* 2005; 3(3): 1-17.

24. Çınar N, Akduran F, Aşkın M, Altınkaynak S. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyi ve eleştirel düşünmelerini etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi* 2012; 4(1):8-14.

25. Tümkaya S, Aybek B. Üniversite öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerinin sosyo-demografik özellikler açısından incelenmesi. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2008; 17(2):387-340.

26. Arslan GG, Demir Y, Eşer İ, Khorshid L. Hemşirelerde eleştirel düşünme eğilimini etkileyen etmenlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12:72-80.
27. Certel Z. Çatıkkaş F. Yalçınkaya M. Beden eğitimi öğretmen adaylarının duygusal zeka ile eleştirel düşünme eğilimlerinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilim Dergisi 2011;13(1):74–81.
28. Palut B. Düşünme stilleri ve anne-baba tutumları arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi 2008; 24:1-11.
29. İskender MD, Karadağ A. Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerinin belirlenmesi. DEUHFED 2015; 8(1), 3-11.

## Huzurevinde Kalmakta Olan Yaşlılarda Yaşlı İstismarının Bir Türü Olarak Ekonomik İstismar

### Financial Abuse as a Type of Elderly Abuse among Elderly People Residing in Senior Centers

Taner ARTAN<sup>a</sup>

**Özet Giriş ve Amaç:** Bütün dünyada, yaşlı istismarından etkilenen yaşlıların sayısı giderek artmaktadır. Özellikle ülkemizde “ekonomik açıdan istismar edilen yaşlılar üzerine” yapılmış araştırmalar sınırlı sayıdadır. Bu araştırmanın amacı; huzurevine girmeden önce ve girdikten sonraki süreçte yaşlıların aile üyeleri tarafından ekonomik istismara maruz bırakılıp bırakılmadıklarının tespitidir. **Gereç ve yöntem:** İstanbul’da Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bağlı dört huzurevinde kalmakta olan 100 yaşlı ile araştırmacı tarafından geliştirilen ekonomik Yaşlı İstismarını Belirleme Formu ile veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. **Bulgular:** Yaşlıların huzurevine girmeden önceki dönemde daha fazla ekonomik istismara uğradıkları, huzurevine girdikten sonraki süreçte ise ekonomik istismar oranının azalmakla birlikte varlığını önemli ölçüde sürdürdüğü tespit edilmiştir. **Sonuç:** Yaşlıların önemli ölçüde “ekonomik istismara” maruz kaldıkları belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile içi şiddet, ekonomik istismar, yaşlılık, yaşlı istismarı.

**Abstract Intrduction and Goal:** The number of elderly people affected by elderly abuse is increasing day by day in all over the World. Studies done on financial abuse of elderly people are very limited especially in Turkey. The goal of this research is to define whether elderly people had been exposed to financial abuse before or/and after being placed in senior centers. **Method:** 100 elderly people living in Etiler Nursing and Rehabilitation Center for Elderly People, Zeytinburnu Semiha Şakir Senior Center and Sultangazi Senior Center had been interviewed face to face. **Findings:** It was determined through the research that most of the elderly people had been exposed to financial abuse to a considerable extent. It has seen that most of the participants had gone through financial abuse more, before being replaced to senior centers. Yet, most stated that even though the density of financial abuse was decreased after being replaced to senior centers, they keep experiencing it to some extent. **Results:** It was found out that elderly people had been exposed to “economic abuse” considerably.

**Key words:** Domestic violence, economic abuse, senility elderly abuse.

### GİRİŞ

Sosyal bir sorun olarak dünya genelinde giderek artan yaşlı istismarı önemli bir problemdir. Modernleşme, sanayileşme, yaşlı nüfus oranının artması, kadınların daha fazla çalışma hayatına girmesi yaşlı istismarı oranını artırmaktadır. Dünya genelinde yaşlı istismarının görülme sıklığı %1 ile %35 arasında değişen oranlara sahiptir. Yaşlı istismarı oranlarının değişkenliği

araştırma türü ve modeline göre farklılık göstermesinden kaynaklanmaktadır. Kimi araştırmacılara göre ise bu oranlar buzdağının görünen kısmı olup aslında yaşlı istismarının görünenin çok daha üzerinde oranlara sahip olduğu öngörülmektedir.<sup>1</sup>

Yaşlı istismarına ilişkin yasal bildirimde bulunma zorunluluğu 1976 yılında, Kanada, İsrail ve ABD’de 43 eyalette başlamıştır.<sup>2</sup>

Geliş Tarihi/Received: 25-12-2015 / Kabul Tarihi/Accepted: 26-01-2016

<sup>a</sup> Yard. Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, e-mail: taner.artan@istanbul.edu.tr

**Sorumlu Yazar Adres/ Correspondence:** Yard. Doç. Dr. Taner ARTAN, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, taner.artan@istanbul.edu.tr

**Atf:** Artan T. Huzurevinde Kalmakta Olan Yaşlılarda Yaşlı İstismarının Bir Türü Olarak Ekonomik İstismar. HSP 2016;3(1):48-56.

**To cite this article:** Artan T. Financial Abuse as a Type of Elderly Abuse among Elderly People Residing in Senior Centers HSP 2016;3(1):48-56.



Benzer düzenlemelerin özellikle 1980 ve 2000’li yıllar arasında dünyanın birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkesinde yaşlı istismarını engellemek amacı ile yapıldığı bilinmektedir.<sup>2</sup> Yaşlı istismarı dünya genelinde hızlı bir gelişme göstermiş olup, 1997 yılında altı kıtanın temsili ile “Yaşlı İstismarını Önleme Uluslararası Ağı” (INPEA) kurulmuştur.<sup>2</sup> Ülkemizde ise henüz doğrudan yaşlı istismar ve ihmali önlemeye yönelik bir düzenleme yapılmamış olup, yalnızca Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı Alo 183 hattı ile konuya ilişkin ihbarlar değerlendirilmektedir.

Yaşlı istismarı alanındaki çalışmalar 1970’lerde eş ve çocuk istismarı alanında yapılan “aile içi şiddet” araştırmaları sonucunda, ortaya çıkmaya başlamıştır. Yaşlı istismarı Aile içi şiddetin bir türü olarak, literatürde ilk kez 1975 yılında Baker ve Burston tarafından “granny battering” olarak tanımlanmıştır.<sup>3-4-5</sup> Dünya Sağlık Örgütü<sup>6</sup> ve yaşlı istismarının önlenmesi uluslararası ağı tarafından “yaşlı istismarı”: “yaşlı insanlara karşı herhangi bir güven ilişkisi içerisinde sıkıntı ve zarara neden olabilecek bir kez veya tekrarlanan hareket veya uygun davranış eksikliği” olarak tanımlanmaktadır.

Yaşlı istismarı konusunda sosyal ve kültürel farklılıklardan dolayı tam bir fikir birliği bulunmamakla birlikte kavramsal olarak üç kategoride ele alınmaktadır. Bunlar; aile içi istismar, kurumsal istismar ve kendi kendini istismardır. Diğer taraftan yaşlılara yönelik istismarın birçok farklı türü söz konusudur. Bunlar; psikolojik, fiziksel, cinsel ve ekonomik olarak sınıflandırılmaktadır.<sup>7</sup> Yaşlıların istismara maruz kalma riskini artıran faktörler arasında; bilişsel bozukluk, fonksiyonel yetersizlik, sosyal izolasyon, yaş, ırk, gelir durumu, aile geçmişi, yaşam olayları, demans ve depresyon sayılabilir.<sup>8</sup>

Her ne kadar istismara uğrayan yaşlılara ilişkin veriler sınırlı olsa da elde edilen verilere göre, orta ve üst gelir düzeyine sahip ülkelerde yaşlıların maruz kaldıkları istismar türleri ve görülme sıklığına baktığımızda, fiziksel istismar %0,2 ile 4,9, cinsel istismar %0,04 ile 0,82, psikolojik istismar %0,7 ile 6,3, ekonomik istismar %1 ile 9,2 ve ihmalin %0,2 ile 5,5 arasında değiştiği görülmektedir.<sup>6</sup> Bu verilerden anlaşıldığı gibi yaşlılar en fazla ekonomik istismara maruz kalmaktadırlar.<sup>2</sup> Yapılan birçok araştırmada da yaşlılara yönelik en yaygın istismar türünün ekonomik istismar olduğu tespit edilmiştir.<sup>10</sup>

Ekonomik yaşlı istismarı yaşlıya ait “fon veya kaynakların yasadışı veya uygunsuz sömürü ve/veya kullanımı” olarak tanımlanmaktadır.<sup>9</sup>

Ekonomik yaşlı istismarının belirtileri arasında; yaşlı kişinin düzensiz olarak bankadan para çekmesi, yaşlının mal varlığında nedensiz azalma görülmesi, yaşlı kişiye ait kıymetli takıların veya kişisel eşyalarının kaybı, kredi kartı hesaplarında şüpheli harcamalar, nedensiz olarak harcamalarını karşılayamama durumuyla baş başa kalma, tedavi edilemeyen tıbbi ya da ruhsal hastalığın varlığı ve yaşlının bakım seviyesinin geliri veya varlıklarıyla orantılı olmaması sayılabilir.<sup>-11-13</sup>

Günümüz dünyasında yaşlı istismarının giderek görünür hale gelmesine etki eden en önemli etken dünya nüfusunun giderek yaşlanmasıdır. 2015 yılında dünya nüfusunun %12’si 60 yaş veya üzeri 901.000.000 kişiden oluşmaktadır. 60 yaş üzeri nüfus yılda %3,26 oranında artış göstermektedir. Şu anda, Avrupa 60 yaş ve üstü nüfus %24 oranındadır. Ancak, 2050 yılında, Afrika’nın dışında dünyanın tüm önemli bölgelerinde çok hızlı bir yaşlanma sürecinin olacağı öngörülmektedir. Dünyada yaşlı kişilerin sayısının 2030 yılında 1,4 milyara ve 2050 yılında 2,1 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir.<sup>14-15</sup> Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) 2015 verilerine göre ise, her 10 yaşlıdan birisi istismara maruz kalmaktadır.<sup>6</sup>

Benzer bir durum, Türkiye açısından da söz konusu olup; 2015 yılı itibarıyla, 60 yaş ve üzeri grupta yer alan yaşlı sayısı %11,2 dir. 2050 yılına kadar, %26,6’ya yükseleceği tahmin edilmektedir.<sup>15</sup> Bu verilerden anlaşılabileceği üzere, ülkemizde de yaşlı istismarının, yaşlı nüfus oranındaki artışa paralel önümüzdeki süreçte çocuk ve eş istismarı kadar belirgin hale geleceği söylenebilir.<sup>16</sup>

Bu araştırma huzurevinde kalmakta olan 60 yaş üzeri akıl ve ruh sağlığı yerinde olan yaşlılardan herhangi bir gelire (emekli maaşı, kira geliri, banka geliri vb.) sahip olanların huzurevine girmeden önce ve girdikten sonraki süreçte çocukları ya da diğer yakınları tarafından ekonomik istismara maruz bırakılıp bırakılmadıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Özellikle bu çalışmada yaşlı istismarının önemli bir boyutunu teşkil eden ekonomik istismarın tespiti ve gerekçelerinin ele alınarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Araştırmanın evreni, İstanbul'da Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı Bahçelievler Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Zeytinburnu Semiha Şakir Huzurevi Müdürlüğü, Etiler Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ve Sultangazi Huzurevi Müdürlüklerinde kalmakta olan, akıl ve ruh sağlığı yerinde olan ve son bir yıldır huzurevinde kalan yaşlılardan oluşturulmuştur. Örneklem grubu kriterlerine uyan ve görüşmeyi kabul eden 100 yaşlı araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Araştırmada belirlenen amaçlar doğrultusunda, betimsel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırma verileri, yukarıda adı geçen huzurevlerinde son bir yıldır kalmakta olan yaşlılara araştırmacı tarafından geliştirilen "Ekonomik Yaşlı İstismarını Belirleme Formu" uygulanarak toplanmıştır. Yaşlılara görüşme formları, 15 Ekim - 30 Kasım 2015 tarihleri arasında her bir huzurevinde 25 yaşlıyla "yüz yüze" yapılan görüşmelerle uygulanmıştır.

Ekonomik yaşlı istismarını belirleme formunda, yaşlının demografik verilerinin yanı sıra çocukları ve akrabaları ile ilişkileri ve kendilerine yönelik uygulanabilecek istismara ilişkin, özellikle ekonomik istismara ilişkin ayrıntılı sorular yer almaktadır. "Ekonomik Yaşlı İstismarını Belirleme Formu" 37 soruyu içermektedir.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 23 İstatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular; Araştırma kapsamına giren yaşlıları tanıtıcı bulgular, Yaşlıların çocukları ile ilişkilerini betimleyici bulgular, Yaşlıların sosyal ilişkilerini betimleyici bulgular, Yaşlıların ekonomik istismara uğrama durumlarına ilişkin bulgular ve Yaşlıların huzurevine gelmelerine neden olan bulgular olmak üzere beş ana grupta ele alınmıştır.

Araştırma sonucu ortaya çıkan bulgulara ilişkin olarak tablolar hazırlanmış ve her bir tabloya ilişkin yorumlara aşağıda yer verilmiştir.

Yaşlıların demografik bulguları Tablo 1'de yer almaktadır. Tablo 1'e göre, katılımcıların %50'si erkelerden %50'si kadınlardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması ise 74,4 olup, standart sapması 2.23'tür. Yaşlıların medeni durumlarına baktığımızda, ilk sırada dul olanların (%57) yer

aldığı, bunu boşanmış olanların (%18) takip ettiği, üçüncü sırada evli olanların (%14), dördüncü sırada ise hiç evlenmemişlerin (%11) yer aldığı görülmektedir. Yaşlıların eğitim

**Tablo 1. Sosyo-Demografik özellikler (N=100)**

Yaş Ortalaması Ort±SS 74,4 ±2.23		
Değişkenler	N	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	50	(50)
Kadın	50	(50)
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	14	(14)
Bekar	11	(11)
Dul	57	(57)
Boşanmış	18	(18)
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar değil	11	(11)
Okuryazar değil	6	(6)
İlkokul	41	(41)
Ortaokul	17	(17)
Lise	19	(19)
Üniversite	6	(6)
<b>Aylık Gelir Durumu (2022 Yaşlılık Maaşı Dahil)</b>		
Evet	100	(100)
Hayır	0	(0)
<b>Aylık Gelir (TL)</b>		
Bilmiyor (Çocukları alıyor)	5	(5)
150 - 1000	33	(33)
1001 - 1500	47	(47)
1501 - 2000	9	(9)
2001 - 2500	2	(2)
2501 - +	4	(4)
<b>Aylık Gelirini Yeterli Bulma Durumu</b>		
Yeterli	14	(14)
Ancak Yetiyor	47	(47)
Yetersiz	39	(39)
<b>Halen Bir İşte Çalışma Durumu</b>		
Evet	1	(1)
Hayır	99	(99)

durumlarına bakıldığında ilk sırada (%41) ilkökul mezunları, ikinci sırada lise üçüncü sırada (%17) ortaokul mezunları, dördüncü sırada okuryazar olmayanlar (%11), son sırada ise üniversite mezunları (%6) ve okuryazar olanlar (%6) bulunmaktadır. Yaşlıların %

100'ünün herhangi bir kaynaktan gelire sahip olduğu anlaşılmaktadır. Yaşlıların gelir durumlarına bakıldığında, birinci sırada 1001-1500 TL aylık gelire sahip olanların (%47) yer aldığı, bunu ikinci sırada 150-1000 TL grubunda bulunanların (%33) takip ettiği, 1501-2000 TL grubunda yer alanların (%9) ise üçüncü sırada takip ettiği, dördüncü sırada ise gelirini bilmeyen (çocukları tarafından maaşı alınan) yaşlıların (%5) takip ettiği, beşinci sırada 2501 + grubunda yer alanların (%4) takip ettiği ve son sırada 2001 – 2500 TL grubunda yer alan (%2) yaşlıların takip ettiği tespit edilmiştir. Yaşlıların aylık gelirlerini yeterli bulup bulmadıklarına baktığımızda, ilk sırada ancak yettiğini (%47) ifade edenlerin bulunduğu, bunu ikinci sırada gelirlerini yetersiz bulanların (%39) takip ettiği ve son sırada ise yeterli bulanların (%14) takip ettiği görülmektedir. Ayrıca katılımcı yaşlılardan sadece birisinin aktif çalışma yaşamına devam ettiği görülmüştür.

Tablo 2'ye göre, yaşlıların %82'sinin çocuk sahibi olduğu, buna karşılık %18'nin çocuk sahibi olmadığı görülmektedir. Çocuk sahibi olan yaşlıların ortalama çocuk sayıları 3'tür. Yaşlıların çocuk sayılarının oransal dağılımına bakıldığında, ilk sırada iki çocuklu olanların (%31.70), ikinci sırada üç çocuklu olanların (%29.27), üçüncü sırada bir çocuklu olanların (%18.29), dördüncü sırada dört çocuklu olanların (%9.76), beşinci sırada beş ve altı çocuk sahibi olanların (%4.88) ve son sırada dokuz çocuklu (%1.22) olanların geldiği görülmektedir. Yaşlıların (n = 82) çocukları ile görüşme sıklığına baktığımızda; ilk sırada çocukları ile sık görüşenlerin (%40.24) yer aldığı, bunu ikinci sırada nadir olarak görüşenlerin (%37.81) takip ettiği ve son sırada ise hiç görüşmeyenlerin (%21.95) yer aldığı belirlenmiştir. Ayrıca anne ya da babasının ekonomik durumlarıyla ilgilenmeyen çocukların oranının (%71.95), ilgilenenlere (%28.05) oranla oldukça yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 3'de görüldüğü üzere yaşlıların yarıdan fazlasının (%56) huzurevine girmeden önce yalnız yaşadıkları, bunu ikinci sırada (%21) eşinin yanında yaşayanların takip ettiği, üçüncü sırada (% 9) ise geçici olarak komşu, arkadaş vb. yanında kalanlar) diğer seçeneğinde yer alanlar ile yaşayanlar, dördüncü sırada (%8) kızı ile yaşayanlar, beşinci sırada (%5) oğlu yanında yaşayanlar, son sırada ise

akraba yanında yaşayanlar (%1) olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 2. Yaşlıların Çocukları İle İlişkilerini Betimleyici Bulgular**

	N	%
<b>Çocuk Durumu</b>		
Evet	82	(82)
Hayır	18	(18)
<b>Çocuk Sayısı*</b>		
Bir	15	(18,29)
İki	26	(31.70)
Üç	24	(29.27)
Dört	8	(9.76)
Beş	4	(4.88)
Altı	4	(4.88)
Dokuz	1	(1.22)
<b>Çocukları İle Görüşme Sıklığı</b>		
Sık Görüşen	33	(40.24)
Nadir Görüşen	31	(37.81)
Görüşmeyen	18	(21.95)
<b>Çocuklarının Ekonomik Durumlarıyla İlgilenme Durumu</b>		
Yeterli	23	(28.05)
Yetersiz	59	(71.95)

\* N=82

Yaşlıların önemli bir kısmı (%44) ailelerindeki hiç kimsenin kendilerini istemedikleri yönünde bir düşünceye sahip olduklarını ifade etmektedir. Aile içi ihmal ve istismarla yakından ilişkili olan alkol ya da uyuşturucu kullanımına ilişkin olarak sorulan soruya yaşlıların yarıdan fazlası (%81) hayır cevabı verirken aşırı alkol kullanımı olduğunu ifade edenlerin oranı ise (%19) yaklaşık 1/5 orandadır. Aşırı miktarda alkol kullanan yaşlı ve yaşlı yakınlarının oransal dağılımına baktığımızda ilk sırada (%8) çocukların geldiği, bunu ikinci sırada damatların (%5) takip ettiği ve son sırada kendilerinin (%3) ve eşlerinin (%3) yer aldığı anlaşılmaktadır. Ayrıca yaşlılara ailelerinde güven duymadıkları kişilerin olup olmadığı sorulmuştur. Yaşlıların yarıdan fazlası (%67) güven sorunu yaşamazken (%33) önemli bir kısmı ise aile içinde güven sorunu yaşadıklarını ifade etmiştir.

**Tablo 3. Yaşlıların Sosyal İlişkilerini Betimleyici Bulgular (N=100)**

	n	(%)
<b>Huzurevine Gelmeden Önce Birlikte Yaşadığı Kişi/Kişiler</b>		
Yalnız	56	(56)
Eşi	21	(21)
Oğlu	5	(5)
Kızı	8	(8)
Akraba	1	(1)
Diğer (komşu, bakıcı vb.)	9	(9)
<b>Ailelerince İstenmediklerini Düşünen Yaşlıların Dağılımı</b>		
Evet	44	(44)
Hayır	56	(56)
<b>Ailede Aşırı Miktarda Alkol Kullanan Yaşlı ve Yakınlarının Dağılımı</b>		
Kendisi	3	(3)
Eşi	3	(3)
Damadı	5	(5)
Çocukları	8	(8)
Kullanmayan	81	(81)
<b>Yaşlıların (Ailede) Güvenmediği Kişilerin Dağılımı</b>		
Hiç kimseye güvenmiyor	15	(15)
Çocukları	9	(9)
Damat	5	(5)
Gelin	3	(3)
Kardeş	1	(1)
Güven sorunu olmayan	67	(67)

Güven sorunu yaşayan yaşlıların oransal dağılımına bakıldığında, ilk sırada hiç kimseye güven duymayanların (%15) yer aldığı, bunu ikinci sırada çocuklarına güven duymayanların (%9) takip ettiği, üçüncü sırada damatlarına güven duymayanların (%5) takip ettiği, dördüncü sırada gelinlerine güven duymayanların (%3) yer aldığı ve son sırada kardeşine güven duymayanların (%1) yer aldığı tespit edilmiştir.

Tablo 4'de görüldüğü üzere, yakınları tarafından herhangi bir şekilde ekonomik istismara maruz kalanların oldukça yüksek bir orana (%33) sahip olduğu görülmektedir. Yaşlılara yönelik ekonomik istismarda bulunanların kim ya da kimlerden oluştuğuna baktığımızda; istismarda bulunanların bir veya birden fazla oldukları görülmüş olup ilk sırada

çocuklarının (%44) yer aldığı, bunu ikinci sırada damatların (%12) takip ettiği, üçüncü sırada yeğenlerin (%11), dördüncü sırada kardeş, torun ve arkadaşlarının (%9) bulunduğu ve son sırada ise eşlerinin (%7) olduğu görülmektedir.

Yaşlılardan maddi yarar sağlamaya çalışanların hangi gerekçeye dayalı olarak bunu yaptıklarına baktığımızda; maddi sıkıntıyı gerekçe gösterenlerin (%60) ilk sırada yer aldığı, mal almak için (ev, araba vb.) istismarda bulunanların (%26) ikinci sırada bulunduğu, bunu üçüncü sırada iş kurmak gerekçesi ile (%11) istismarda bulunanların takip ettiği ve son sırada eğitim için para isteyenlerin (%4) bulunduğu görülmektedir.

Huzurevine girdikten sonra yakınları tarafından ekonomik istismara maruz bırakılan yaşlıların dağılımına bakıldığında, huzurevi öncesi döneme göre ekonomik istismara maruz kalma oranlarında (%33) azalma görülmesine rağmen, yine de ekonomik istismara uğrayan yaşlı sayısının azımsanamayacak bir oranda (%14) olduğu görülmektedir.

Huzurevinde kalmakta iken ekonomik istismara maruz kalan yaşlılardan yararlanmaya çalışanların dağılımına baktığımızda; (bu ve aşağıdaki diğer soruda istismarda bulunanların bir veya birden fazla olmasından dolayı n = 14, n = 44 olarak gözükmemektedir). İlk sırada (%55) çocuklarının yer aldığı görülmektedir. Bunu ikinci sırada (%9) damatları, üçüncü sırada ise kardeşleri, torunları, yeğenleri ve arkadaşlarının (%7) geldiği, son sırada ise eş ve gelinlerin (%5) geldiği görülmektedir.

Maddi isteklerinin karşılanmasını isteyen yaşlı yakınlarının yaşlılara karşı ne tür tepkilerde bulduklarının dağılımına bakıldığında, ilk sırayı (%64) konuşmamak ve gelip ziyaret etmeyerek cezalandırma yolunu seçen yaşlı yakınları alırken, son sırada (%36) ise kızmak, bağırarak ve aşağılamak yolunu tercih eden yaşlı yakınları yer almaktadır.

**Tablo 4. Yaşlıların Ekonomik İstismara Uğruma Durumlarına İlişkin Bulgular**

	n	(%)
<b>Huzurevine Girmeden Önce Ekonomik İstismara Maruz Kalan Yaşlıların Dağılımı (N=100)</b>		
Evet	33	(33)
Hayır	67	(67)
<b>Yaşlıdan Ekonomik olarak Yararlanmayı Çalışanların Dağılımı (n=33)</b>		
Eşi	4	(7.01)
Kardeşi	5	(8.77)
Çocukları	25	(43.85)
Damat	7	(12.27)
Torun	5	(8.77)
Yeğen	6	(10.56)
Arkadaş	5	(8.77)
<b>Yaşlılardan Maddi Yarar Sağlama Gerekçelerinin Genel Dağılımı (n=33)</b>		
Maddi sıkıntı	34	(59.65)
Mal almak (ev, araba vb.)	15	(26.32)
İş kurmak için	6	(10.52)
Eğitim	2	(3.51)
<b>Huzurevine Girdikten Sonra Yakınları Tarafından Ekonomik İstismara Maruz Bırakılan Yaşlıların Dağılımı (n=100)</b>		
Evet	14	(14)
Hayır	86	(86)
<b>Huzurevinde Kalmakta İken Ekonomik İstismara Maruz Kalan Yaşlılardan Yararlanmaya Çalışanların Dağılımı (n=14)</b>		
Eşi	2	(4.54)
Kardeşi	3	(6.82)
Çocukları	24	(54.55)
Damat	4	(9.09)
Torun	3	(6.82)
Gelin	2	(4.54)
Yeğen	3	(6.82)
Arkadaş	3	(6.82)

**Tablo 4'ün devamı**

<b>Maddi İsteklerinin Karşılanmasını İsteyen Yaşlıların Yakınlarının Yaşlılara Karşı Ne Tür Tepkilerde Bulduklarının Dağılımı(n=14)</b>		
Kızmak, bağırarak, aşağılamak	16	(36.36)
Konuşmamak, gelip ziyaret etmemek	28	(63.64)
<b>Huzurevinde Kalmakta İken Yakınları İçin Kredi Çekmek ve Ödemek Zorunda Bırakılan Yaşlıların Dağılımı (n=100)</b>		
Evet	7	(7)
Hayır	93	(93)

Huzurevinde kalmakta iken yakınları için kredi çekmek ve ödemek zorunda bırakılan yaşlıların dağılımına bakıldığında, yaşlıların (% 7) azımsanmayacak bir oranın bu durumla karşı karşıya kaldığı görülmektedir.

**Tablo 5. Yaşlıların Huzurevine Gelme Nedenleri (N=100)**

	n	(%)
Yalnızlık	49	(49)
Rahat etmek için	24	(24)
Gelin istemediği için	3	(3)
Ailevi sorunlar	5	(5)
Kalacak yeri olmadığı için	5	(5)
Ekonomik nedenler	10	(10)
Çocuklar istemediği için	4	(4)

Tablo 5'de görüldüğü üzere yaşlıların huzurevine girme nedenleri yer almaktadır. Yaşlıların huzurevine girme nedenlerine baktığımızda en önemli nedenin yalnızlık olduğu (%49) görülmektedir. Bunu ikinci sırada ev ortamında yaşadıkları sıkıntılardan dolayı rahat etmek için (%24) müracaat edenler, üçüncü sırada ekonomik nedenler (%10), dördüncü sırada ise ailevi sorunlar (%5) ve kalacak yeri olmayanların (%5) yer aldığı görülmektedir. Bunu beşinci sırada çocukları istemediği için (%4), ve son sırada gelinleri istemediği için (%3) müracaat edenler takip etmektedir.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Batı Avrupa ve ABD’de 1970’lerde başlayan yaşlı istismarı ve ihmali konusundaki bilimsel araştırmaların ve koruyucu tedbirlerin, ülkemiz açısından henüz başlangıç aşamasında olduğu nitelendirilebilir. Diğer taraftan yaşlı istismarı alanındaki araştırma zorlukları dikkate alındığında tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bu alandaki araştırmaların sınırlı düzeyde olduğu söylenebilir. Özellikle batı toplumlarında 21. yüzyılın ilk on yılında yapılan yaşlı istismarı araştırmalarına göre, istismara maruz kalanların genel nüfus içinde %1,4 ile %10 oranları arasında değiştiği ifade edilmektedir.<sup>12-17-18</sup> Ayrıca dünyanın değişik ülkelerinde yapılmış araştırma sonuçlarına göre; yaşlı istismarı ve ihmali Japonya’dan, Güney Kore’ye, İsrail’den, İngiltere’ye, Amerika Birleşik Devletlerine, Kanada’ya, Çin’e ve Hindistan’a kadar çocuk ve kadın istismarı gibi bütün dünya ülkelerini yakından ilgilendiren bir sosyal sorun alanına işaret etmektedir.<sup>12-19-30.</sup>

Türkiye’de, yaşlı istismarı alanında ilk bilimsel çalışma 1996 yılında İstanbul ilinde huzurevine girmek için müracaat eden 113 yaşlı ve yaşlı yakınları ile yapılan “Aile İçi Fiziksel Yaşlı İstismarı” konulu araştırmadır. Bu araştırma sonuçlarına göre; huzurevine girmek için müracaat eden yaşlıların %60’ı fiziksel istismar dışı istismara maruz kalırken, %26’sının fiziksel istismara maruz kaldığı ve yaşlı yakınlarından %87’sinin yaşlılardan rahatsızlık duydukları belirlenmiştir. Ayrıca fiziksel istismarda bulunanların kimler olduğuna baktığımızda, ilk sırada gelinlerin geldiği, bunu erkek çocukların, damatların, kardeş, kız çocukları ve son sırada torunların takip ettiği görülmüştür.<sup>16</sup>

1999 yılında 120 yaşlı üzerinde yapılan benzer bir çalışmada, yaşlıların %46’sının psikolojik istismara, %17,5’inin fiziksel istismara, üç yaşlının ise cinsel istismara maruz kaldığı bulunmuştur.<sup>31</sup> Ayrıca 2004 yılında İzmir ili İnönü Sağlık Ocağı bölgesinde 65 yaş ve üzerindeki 204 yaşlı ile yapılan bir araştırmada; yaşlıların %2’sinin fiziksel, %3’ünün ekonomik istismara maruz kaldığı, %4’ünün de kesin ihmali bulgusu ve %29’unda da ihmali bulgusu olduğu saptanmıştır<sup>32</sup> Yine 2005 yılında Ankara ili Yenimahalle ilçesi Anadolu mahallesinde aile içi yaşlı istismarı sıklığını ve buna etki eden etmenleri saptamak amacıyla 65 yaş üzeri 275 kişi üzerinde araştırma yapılmıştır. Bu araştırma sonuçlarına göre; yaşlıların %18’inde aile içi yaşlı istismarı saptanmıştır. Yaşlı istismarının

%41’ini duygusal, %30’unu ihmali, %20’sini ekonomik ve %10’unu fiziksel istismar oluşturmaktadır.<sup>33</sup> Ayrıca 2005-2009 yılları arasında gerçekleştirilen 1. Türkiye Gerontoloji Araştırması’na göre 7,3 milyon yaşlıdan yaklaşık 200.000 yaşlının istismar ve ihmale maruz kaldığı öngörülmektedir.<sup>34</sup>

Yine 2013 yılında huzurevinde kalmakta olan 93 yaşlı üzerinde yapılan diğer bir araştırmada, yaşlılardan aile içinde herhangi bir şekilde ihmali ya da istismara maruz kalanların %62 ile yukarıda ifade edilen Türkiye’deki (1996) ilk çalışma ile benzer sonuçlar içerdiği bulunmuştur. Yaşlılara yönelik istismarda bulunanların kim ya da kimlerden oluştuğuna baktığımızda ilk sırada erkek çocukların (%25) yer aldığı, bunu ikinci sırada gelinlerin (%22) takip ettiği, üçüncü sırada eşlerin (%19), dördüncü sırada kız çocuklarının (%16), beşinci sırada özellikle çocuğu olmayan yaşlılarla ilgilenmekte olan yeğenlerin (%11), altıncı sırada damatların (%5) ve son sırada torunların (%2) yer aldığı anlaşılmaktadır.

Bu çalışma kapsamında ise aile içinde ekonomik istismara uğrayanların %33 ile yukarıda ifade edilen araştırma bulgularını destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Diğer taraftan gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalar göstermektedir ki yaşlı istismarının kaynağını aile oluşturmaktadır. Bu araştırma sonuçlarına göre de, yaşlıya yönelik ihmali ya da istismarda bulunanların kaynağı ailedir. Ayrıca araştırma sonuçlarındaki istismar oranlarının yüksek çıkmış olmasının temel nedeni araştırma örnekleminin yalnızca huzurevinde kalmakta olan yaşlılardan oluşmasıdır. Diğer taraftan yaşlı istismar ve ihmali ilişkin sınırlı sayıdaki araştırmaların çoğunlukla istismar türlerinin tamamını (fiziksel, psikolojik, cinsel ve ekonomik) kapsayıcı nitelikte olduğu dikkate alındığında, bu araştırmanın ise ağırlıklı olarak ekonomik istismar içerikli olması nedeniyle bulguları bire bir karşılaştırma olanağı söz konusu olamamıştır.

Ayrıca yaşlı istismarı ve ihmali olgusu sadece aile içinde meydana gelmemektedir. İstismar ve ihmali vakalarına huzurevleri, bakım ve rehabilitasyon merkezleri gibi sosyal hizmet kuruluşlarının yanı sıra sağlık kurumlarında da rastlamak mümkündür. Ancak ülkemizde basına yansıyan bazı olumsuz haberlerin dışında bilimsel olarak yapılmış bir araştırma bulunmamaktadır.<sup>35</sup>

Yine, bu alanda araştırma yapmak kimi zorlukları beraberinde getirmektedir. Aile içinde yaşananların yaşlılar ya da yakınları tarafından gizlenmek istenmesi, birisine söylenmesi durumunda daha fazla istismara maruz kalacağı korkusu ya da utanma duygusu, vakaların tespitini ve araştırma verilerinin elde edilmesini güçleştirmektedir. Diğer taraftan, yasal olarak istismar vakalarının bildirilmesine ilişkin bilgi eksikliği, kurumlar arası koordinasyon yetersizliği, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, doktor, hemşire, vb. uzman personelin eksikliği istismar ve ihmalin tespitini zorlaştıran nedenler arasında sayılabilir.<sup>16</sup>

### KAYNAKLAR

1. World Health Organization. 2008. [cited 2008 June]. Available from: [http://www.who.int/ageing/publications/ELDER\\_DocAugust08.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf)
2. Etienne G. K, Linda L. D, James A. M, Anthony B. Z, Rafael L. 2002. World Report on Violence and Health, World Health Organization.
3. Baker A. A. Granny Battering. *Modern Geriatrics*, 1975; 8: 20-24.
4. Burston G. Do Your Elderly Parents Live in Fear of Being Battered? *Modern Geriatrics*, 1977; 5: 54-55.
5. Decalmer P. (1997). Clinical Presentation and Management. In. Decalmer P, Glendenning F, editors. *The Mistreatment of Elderly People*. London: Sage Publications Ltd; 1997. p. 42-73.
6. World Health Organization. 2015. [cited 2015 August]. Available From: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/index.html>.
7. Lai W.L, D. Abuse and Neglect Experienced by Aging Chinese in Canada, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 2011; 23(4): 326-347.
8. Conner T, Prokhorov A, Page C, Fang Y, Xiao Y, Post A. L. Impairment and Abuse of Elderly by Staff in Long-Term Care in Michigan: Evidence from Structural Equation Modeling, *Journal of Interpersonal Violence*, 2011; 26(1): 21-33.
9. World Health Organization. 2002. [cited 2002 June]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67371/1/WHO\\_NMH\\_VIP\\_02.1.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67371/1/WHO_NMH_VIP_02.1.pdf).
10. Cripps D. Rights Focused Advocacy and Elder Abuse. *Australasian Journal on Ageing*, 2001; 20(1): 17-22.
11. Livermore P, Bunt R, Biscan K. Elder Abuse among Clients and Carers Referred to the Central Coast ACAT: A Descriptive Analysis. *Australasian Journal on Ageing*, 2001; 20(1): 41-7.
12. Biggs S, Manthorpe J, Tinker A, Doyle M, Erens B. Mistreatment of Older People in the United Kingdom: Findings from the First National Prevalence Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 2009; 21(1): 1-14.
13. Acierno R, Hernandez M, Amstadter A, Resnick H, Steve K, Muzzy W, Kilpatrick D. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*, 2010; 100(2): 292-7.
14. Hutton D. *Older People in Emergencies: Considerations For Action and Policy Development*. Geneva: World Health Organization. 2008.
15. United Nations. 2015. [cited 2015 December]. Available From: [http://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key\\_findings\\_wpp\\_2015.pdf](http://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf)
16. Artan T. Aile İçi Fiziksel Yaşlı İstismarı. [Domestic physical Elder Abuse]. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Bölümü. [Unpublished Master Thesis].(1996). Istanbul University Department of Social Sciences Institute of Forensic Medicine, Istanbul, 1996.
17. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The Prevalence of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review. *Age and Aging*, 2008; 37: 151-160.
18. Laumann E. O, Leitsch S. A, Waite L. J. Elder Mistreatment in the United States: Prevalence Estimates from a Nationally Representative Study. *Journal of Gerontology*, 2008; 63: 248-254.
19. Yan E, Chan K. L, Tiwari A. A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors for Elder Abuse in Asia. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2015; 16(2): 199-219
20. Podnieks E. National Survey on Abuse of the Elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992; 4: 5-58.
21. Canadian Centre for Justice Statistics. 2000. [cited 2000 May]. Available from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2012001/article/11643-eng.pdf>

22. Daskalopoulos M. D, Borrelli S. E. Definitions of Elder Abuse in an Italian Sample. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 2006; 18 (2-3): 67-85.
23. Mouton C. P, Larme A. C, Alford C. L, Talamantes M. A, Mccorkle R. J, Burge S. K. Multiethnic Perspectives on Elder Mistreatment. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 2005; 17 (2): 21-44.
24. The National Center on Elder Abuse (NCEA), 2015. [cited 2015 November]. Available from: [www.ncea.aoa.gov](http://www.ncea.aoa.gov)
25. Daskalopoulos M, Mullin A. S, Donovan E, Suzuki H. English Perceptions of Elder Abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 2006; 18 (2-3): 33-50.
26. O'Keeffe M, Hills A, Doyle M, McCreadie C, Constantine R, Tinker A, Manthorpe J, Biggs S, Erens B. UK Study of Abuse and Neglect of Older People Prevalence Survey Report, National Centre for Social Research, King's College London, 2007.
27. Crosby G, Clark A, Hayes R, Jones K, Lievesley N. (2008) The Financial Abuse of Older People A review from the literature carried out by the Centre for Policy on Ageing on behalf of Help the Aged. Help the Aged 2008. [Cited 2015 December]. Available from: [http://www.cpa.org.uk/information/reviews/financialabuse240408\[1\].pdf](http://www.cpa.org.uk/information/reviews/financialabuse240408[1].pdf).
28. Eisikovits Z, Lowenstein A, Winterstein T, Enosh G. Is Elder Abuse and Neglect a Social Phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 2009; 21(3): 253-277.
29. Dong X, Simon M. A, Gorbien M. Elder Abuse and Neglect in an Urban Chinese Population. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 2007; 19 (3-4): 79-96.
30. Kalavar M. J, Jamuna D, Ejaz. K. F. Elder Abuse in India: Extrapolating From the Experiences of Seniors in India's "Pay And Stay" Homes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 2013; 25(1): 3-18
31. Sözen M.S, İnancı M.A, Arıcan N, Alkan N, Tüzün B, Şahin C. Abuses on Elderly. 4th International Symposium on Advances in Legal Medicine. Germany, 1999; 22- 25.
32. Keskinöglü P, Giray H, Pıçakçıefe M, Bilgiç N, Uçku R. Yaşlıda Fiziksel, Finansal Örselenme ve İhmal Edilme. [Elderly Physical, Financial Trauma AND NEGLECT]. *Türk Geriatri Dergisi [Turkish Journal of Geriatrics]*. 2004; 7 (2): 57-61.
33. İlhan F. Ankara İli Yenimahalle İlçesi Anadolu Mahallesinde Aile İçi Yaşlı İstismarının Saptanması [Detection of Elder Abuse in the Family in Anatolia Ankara Yenimahalle District neighborhood]. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı [Gazi University Faculty of Medicine Department of Public Health]. Ankara, 2005.
34. Tufan İ. 2011. [cited 2013 January]. Available from: <http://www.sondakikahaberleri.info.tr>
35. Akdemir N, Görgülü Ü, Çınar F. İ. Yaşlı İstismarı ve İhmalı [Elder Abuse and Neglect]. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi [Journal of Nursing Faculty of Health Sciences]*. 2008; 68-75.



**Pelvik Taban Disfonksiyonunu Önlemede Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli**

**Healthy Lifestyle Behaviors For The Prevention Of Pelvic Floor Dysfunction:Pender's Health Promotion Model**

Şükran BAŞGÖL<sup>a</sup>

**ÖZET** Pelvik taban disfonksiyonu, kadınlarda sıklıkla görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen, önemli ve yaygın bir sağlık sorunudur. İnkontinans (üriner/ fekal), pelvik organ prolapsusu, kronik pelvik ağrı ve cinsel disfonksiyon pelvik taban disfonksiyonuna ilişkin görülebilen semptomlardır. Bu semptomların oluşmasında ve yönetiminde sağlıklı yaşam biçimi davranışları etkilidir. Sağlık profesyonelleri tarafından öncelikle değerlendirilmelidir. Değerlendirmede ve sağlık davranışlarını geliştirmede rehberlik eden çeşitli modeller mevcut olup, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli klinikte sıklıkla kullanılanlar arasındadır. Bu yazıda sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Pelvik Taban, Disfonksiyon, Yaşam Biçimi Davranışları, Pender

**ABSTRACT** Pelvic floor dysfunction is a common and important health problems, commonly seen in women and may adversely affect the quality of life. It is known that lifestyle changes are effective in the development and management of this problem. Incontinence (urinary / fecal), pelvic organ prolapse, chronic pelvic pain and sexual dysfunction symptoms are related to pelvic floor dysfunction. Healty lifestyle behaviours are effective in development and management of these symptoms. They must be assessed by health professionals primarily. There are some models using for assessment and development of health behaviors by health professionals. Pender's Health Promotion Model is commonly used in the clinic among those. In this article, healty lifestyle behaviors were examined.

**Keywords:** Pelvic Floor, Dysfunction, Lifestyle Changes, Pender

Geliş Tarihi/Received: 16-05-2015/ Kabul Tarihi/Accepted: Kabul Tarihi: 27-11-2015

<sup>a</sup> Araştırma Görevlisi, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

**Sorumlu Yazar Adres/ correspondence:** Arş. Gör. Şükran Başgöl **Yazışma adresi:** İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Abide-i Hürriyet Cad. 34381, Şişli / İSTANBUL,e-mail: [sukranbasgol@gmail.com](mailto:sukranbasgol@gmail.com)

**Atf:** Başgöl Ş. Pelvik Taban Disfonksiyonunu Önlemede Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli.HSP 2016; 3(1):57-65.

**To cite this article:** Başgöl Ş. Healthy Lifestyle Behaviors For The Prevention Of Pelvic Floor Dysfunction:Pender's Health Promotion Model. HSP 2016; 3(1):57-65.

### Giriş

Pelvik taban disfonksiyonu, kadınlarda oldukça sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen önemli bir sağlık sorunudur.<sup>1</sup> Kemik pelvis çıkışında yer alan pelvik taban, abdominal ve pelvik organlara destek sağlayan, levator ani, iskiokavernöz, bulbokavernöz, superfisiyel transvers kaslarından oluşmuştur. Pelvik tabanı oluşturan bu yapılar; kontinansın sağlanmasında, prolapsusun önlenmesinde, cinsel fonksiyonun sağlanmasında ve doğumun gerçekleştirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Ancak, obezite, parite, yaş, menopoz, doğum

travmaları, konstipasyon, yanlış beslenme, aşırı kafein ve sigara tüketimi, sistemik hastalıklar ve etkisiz stres yönetimi gibi çeşitli nedenlerle nöral, muskular, hormonal, travmatik kaynaklı pelvik taban disfonksiyonu (PTD) gelişebilir.<sup>1,2</sup>

Geniş bir klinik yelpazesi olan PTD; inkontinans (üriner/ fekal), pelvik organ prolapsusu (POP), kronik pelvik ağrı ve cinsel disfonksiyon semptomlarını kapsamaktadır. Bu semptomlar, doğrudan kadın yaşamını tehdit etmemesine rağmen, kadınların psikolojisini, fiziksel durumlarını, sosyal yaşamlarını ve

dolayısıyla yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilmektedir.<sup>3,4</sup> Son yıllarda yaşlı nüfusun artması ve daha kaliteli bir yaşam isteği, bireylerin tedavi arayışını arttırarak, PTD'na ilişkin yapılan çalışmaları çeşitlendirmiş ve arttırmıştır.<sup>4,5</sup>

Literatürde, yan etkilerinin olmaması, semptomlarda belirgin ve uzun dönem iyileşme sağlanması nedeniyle, PTD'nun yönetiminde yaşam tarzı değişikliklerinin önemi vurgulanmaktadır. Ayrıca, koruyucu tedavinin bileşeni olarak ele alınan yaşam tarzı değişiklikleri, yayınlanan uluslararası kanıt temelli rehberlerde [Avrupa Üroloji Birliği (European Association of Urology- EAU) (2014)] ve randomize kontrollü çalışmalarda, tedavide ilk seçenek olarak bildirilmektedir.<sup>6-8</sup>

Yaşam tarzı değişikliklerinin (lifestyle changes) amacı; bireyin alışkanlıklarının (sigara, egzersiz, beslenme vb.) tanımlanarak, PTD'nunu tetikleyen ya da disfonksiyona katkı sağlayan alışkanlıklarının ve kontrol edilebilir risk faktörlerinin değiştirilmesi; pelvik taban kontrolünün geri kazanılmasıdır.<sup>2,9</sup> Tablo 1'de pelvik taban disfonksiyonuna ilişkin yapılması önerilen yaşam tarzı değişiklikleri özetlenmiştir.<sup>9</sup>

**Tablo 1. Pelvik taban disfonksiyonuna ilişkin yaşam tarzı değişiklikleri**

- Kilo kontrolü- obezitenin önlenmesi
- Sigaranın bırakılması
- Kafein tüketiminin azaltılması
- Mesane iritanlarından kaçınılması
- Diyetin düzenlenmesi, konstipasyonun önlenmesi (lifli, vitamin ve minerallerden zengin, antioksidan, yeterli sıvı alımı vb.)
- Stres yönetimi
- Fiziksel egzersiz/Pelvik taban kas egzersizleri

### **Kilo Kontrolü- Obezitenin Önlenmesi**

Obezite, pelvik taban üzerinde kronik intra-abdominal ve intravezikal basıncı arttırarak, PTD'nun gelişiminde rol oynayan bağımsız risk faktörlerinden biridir.<sup>1,10</sup> Obezite, pelvik tabana olan kan akışını ve sinir innervasyonunu engellediğinden, fazla kiloların verilmesi ile pelvik tabanda iyileşmenin gerçekleşmesi amaçlanır.<sup>9,11,12</sup>

Obezitenin, kadın sağlığı ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, obezite ve beraberinde getirdiği olumsuz sonuçları

önlemek için kilo kontrolü son derece önemlidir. Dolayısıyla, PTD'nun birincil basamak tedavisinde, fazla kilolu ve obez olan kadınların başarılı/etkin bir şekilde kilo vermeleri desteklenmelidir.<sup>13,14</sup> Özellikle beden kitle indeksi (BMI'i) >30 kg/cm<sup>2</sup> ve bel çevresi >88 cm olan bireylerin, yaşam tarzı değişikliklerine kilo vermeleri eklenmelidir.<sup>4,15,16</sup>

Yapılan çalışmalarda sağlığı geliştirme modeli eşliğinde yapılan planlı eğitimler ile BMI'nin kontrol altına alınabildiği bildirilmiştir.<sup>17-19</sup> Atanda-lawal'ın (2012)<sup>20</sup> 7-12 yaş grubundaki kilolu çocuklar ile yaptığı niteliksel bir araştırmada sağlığı geliştirme modelinin davranış değiştirmede anlamlı derecede etkili olduğu belirtilirken bireylerin bu şekilde çok boyutlu değerlendirilebildiği vurgulanmıştır. Tortumluoğlu ve ark.'nın (2005)<sup>21</sup> bir huzurevinde yaptıkları çalışmada da, sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda hazırlanan egzersiz programının bireylerin BMI'lerinde anlamlı derecede fark yarattığı saptanmıştır.

### **Sigaranın Bırakılması**

Sigara, içeriğindeki nikotinin detrusör kas kontraksiyonlarına neden olması ve oluşan öksürük sonucu artan intraabdominal basınç nedeniyle PTD'nun gelişiminde rol oynayan bağımsız risk faktörlerindedir.<sup>13</sup> Tütün ürünlerinin antiöstrojenik hormonal etkisinin kollajen sentezi üzerine olumsuz etkileri ise henüz tartışılmaktadır.<sup>2</sup> Literatürde, içilen sigaranın sayısı ve süresi arttıkça PTD görülme riskinin arttığı bildirilmiştir.<sup>6</sup>

Dünya Sağlık Örgütü sigara alışkanlığının dünyadaki en büyük sağlık sorunlarından biri olduğunu belirterek, bireyin sigarayı bırakmasının kendi sağlığı için yapabileceği en önemli girişim olduğunu vurgulamıştır.<sup>22</sup> Sigara içmenin beraberinde getirdiği PTD gibi sağlık sorunları, bireylerin yaşamlarını ve yaşam kalitelerini oldukça olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle de sigarayı bırakma önemli bir halk sağlığı önlemidir.<sup>6</sup> Dolayısıyla, sağlık profesyonelleri PTD'nun birincil basamak tedavisinde sigara içen bireylere sigarayı bırakmaları konusunda eğitim vererek desteklemelidir. Bireylerin sigarayı bırakmaları sağlık profesyonelleri tarafından kabul edilen önemli ve etkili önerilerden birisidir.<sup>22</sup>

Literatürde, sağlığı geliştirme modeli çerçevesinde sigara içen bireylere verilen

eğitimin oldukça etkili olduğu ve bireylerde değişim gerçekleştiği bildirilmiştir.<sup>23,24</sup> Oh ve ark.'nın (2013)<sup>25</sup> Kore'de sigara içen 214 öğrenci ile yaptıkları bir çalışmada; öğrencilere model eşliğinde verilen eğitimin anlamlı derecede etkili olduğu ve sigarayı bırakma konusunda öğrencilerin %61.1'nin niyet aşamasında, %22.3'ünün düşünme aşamasında ve %16.5'inin sigarayı bıraktığı bildirilmiştir.

### **Kafein Tüketiminin Azaltılması**

Bazı yiyecek, içecek ve ilaçların içeriğinde bulunan kafein (özelikle çay, kahve ve kola) detrusör kasının kasılmasında uyarıcı etki göstererek detrusör basıncını önemli derecede artırmaktadır. Kafein, diüretik özelliği, detrusör kası üzerindeki irritan etkisi ve düz kasları gevşetme özelliğinden dolayı bireylerde sıkışma hissine, sık idrara çıkmaya ve inkontinans gibi PTD'na neden olabilmektedir.<sup>6,16,26</sup>

Tüketilen yiyecek ve içeceklerin türü, bireylerin sağlığı ve yaşam kaliteleri açısından oldukça önemlidir. Nitekim, çay, kahve, kola ve çikolata gibi kafein içeren çeşitli yiyecek ve içeceklerin fazla miktarlarda tüketimi PTD gibi sağlık sorunları beraberinde getirebilmektedir. Kafein diüretik özelliği, detrusör kası ve sinir sistemi üzerindeki irritan etkisi, düz kasları gevşetme özelliği vb. etkilerinden dolayı PTD'nun gelişiminde kontrol altına alınması gereken risk faktörlerindedir. Bu nedenle, tüketilen kafeinli besinler alternatifleriyle değiştirilmeli ve pelvik taban üzerindeki etkilerine dikkat edilmelidir. Eğer hastalar kafein tüketmeye devam etmek isterlerse özellikle sıkışma tipi idrar kaçırma (urge inkontinans) ve sık idrara çıkma (frequency) semptomlarını azalmak için günlük <200 mg (iki fincan kahve) tüketimi önerilmelidir.<sup>6,13,16</sup>

Literatürde, sağlığı geliştirme modeli ile kafein tüketimine ilişkin doğrudan bir çalışmaya rastlanılmamakla beraber; kafein tüketimi diyet başlığı altında incelenmiştir.<sup>17,27</sup>

### **Diyet- Mesane İritanlarından Kaçınılması- Konstipasyonun Önlenmesi**

Özel bir diyet olmamasına rağmen, bazı besinlerin mesane iritabilitesini ve diürezisi artırdığı, bu nedenle aşırı aktif mesane, sıkışma tipi idrar kaçırma gibi PTD semptomlarını şiddetlendirdiği kanıtlanmıştır.<sup>2,28</sup> Özellikle; turunçgiller, yoğurt, peynir, sirke, soğan, baharatlar, yapay tatlandırıcılar, domates ve domates içerikli ürünler, mayonez, muz, fındık,

alkol, çikolata, bal, mısır şurubu, çay, gazlı içecekler mesane iritlanları olarak bilinmektedir. Bunların yerine; su, süt, elma, armut, şeftali, üzüm, kavun, karpuz, badem, süzme peynir, patates, balık, beyaz çikolata, bitkisel çaylar, çam fıstığı, sarımsak vb. ürünlerin tüketilmesi önerilmektedir.<sup>13</sup> Bunun yanı sıra, lifli gıdalardan zengin bir beslenme tarzı (tahıl, kepek ekmeği, meyve ve sebze), yeterli sıvı alımı (30ml/kg; ort. 8 bardak), baharatlı yiyeceklerden kaçınılması, diyetle antioksidan tüketimi (C ve E vitamini vb.) ve konstipasyonun önlenmesi de PTD'un önlenmesinde ya da semptomların azaltılmasında önerilen yaşam tarzı değişikliklerindedir.<sup>6,16,29-31</sup> Literatürde terapötik yaklaşım başlığı altında diyet terapisi (dietary therapy) olarak da tanımlanmaktadır. Diyet terapisi kapsamında antioksidanların vücuda alınmasının bireylerin yaşam kalitelerini yükselttiği, yan etkileri olmaksızın pelvik disfonksiyonda iyileşme sağladığı bildirilmiştir.<sup>29,30</sup>

Safabakhsh ve ark. (2016)<sup>27</sup>'nin koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastalar ile yaptıkları deney kontrol çalışmasında; sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda hazırlanan eğitim programı deney grubuna 3 ay içerisinde 2 kez (6. ve 10. haftalarda) uygulanmıştır. Çalışma sonucunda deney grubunun kontrol grubuna göre istenilen diyet programına uyduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Benzer olarak, 20-45 yaş grubu Afrikan Amerikan kadınlarda hipertansiyonu önlemek ve kontrol altına almak amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada, sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda verilen eğitimin etkili olduğu ve kadınların diyet kontrolü, alkol kısıtlaması gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirdiği bildirilmiştir.<sup>17</sup>

### **Stres Yönetimi**

Zorlanma, gerilme ve baskı anlamına gelen stres; organizmanın dengesini bozabilecek etkenlerin tümü olarak açıklanmaktadır. Fiziksel, psikolojik ve sosyal stresler dizisi kişide bir takım olumsuzluklara neden olabilir. Stres düzeyinin ve sürekliliğinin artması sonucu organ, sistem ve fonksiyonlarda bozulma meydana gelebilir.<sup>1,32</sup> Dolayısıyla, stres otonom sinir sistemi, endokrin, immün ve gastrointestinal gibi sistemlere etki ederek organ ve fonksiyonlarda bozulmaya neden olabilir. Sonuçta, stres üriner inkontinans, cinsel disfonksiyon, prolapsus ve pelvik ağrı

semptomlarının da ortaya çıkmasında primer ya da sekonder olarak etki etmektedir.<sup>32,33</sup>

Pelvik taban disfonksiyonu olan bireylerin stres düzeylerinin değerlendirilerek, stresle başa çıkmada kullandıkları yöntemler belirlenmelidir. Bireylere, kişiler arası ilişkileri geliştirme, sosyal etkinliklere katılma, yeni hobiler kazanma, zaman yönetimi gibi stresle etkili başa çıkma yöntemleri hakkında danışmanlık verilebilir. Stresin bireylerde yarattığı fiziksel ve psikolojik disfonksiyonlara ilişkin daha fazla çalışmalara gereksinim duyulurken, stresin insan yaşamı üzerine olan olumsuz etkileri üzerinde durulmaktadır.<sup>32,33</sup>

Literatürde, sağlığı geliştirme modeli kullanılarak yapılan eğitimlerin bireylerin stres yönetiminde faydalı olduğu bildirilmiştir.<sup>17,27,34</sup> Safabakhsh'ın (2016)<sup>27</sup> çalışmasında eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilen deney ve kontrol gruplarında; deney gruplarının stres yönetimi puan ortalamalarında anlamlı derecede artış bulunmuştur. Buna göre, bireylere sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda verilen eğitimin davranış değiştirmede etkili olduğu ve eğitim alan bireylerin stres yönetiminde daha başarılı oldukları belirtilmiştir.

### **Fiziksel Egzersiz/Pelvik Taban Kas Egzersizleri**

Pelvik taban kasları, üretral kapanma basıncını ve direncini artıran, pubisten koksikse kadar pelvik kaviteyi hamak şeklinde sarak, pelvik organlara (ütretra, vajina ve rektum) yapısal ve fonksiyonel destek veren kas gruplarıdır. Pelvik taban kas egzersizleri (PTKE) bu kasları güçlendirmeye yöneliktir ve ilk kez 1948 yılında Arnold Kegel tarafından tanımlanmıştır. Bu nedenle, bu egzersizler aynı zamanda "Kegel Egzersizleri" olarak da bilinir ve pelvik taban fonksiyonunu geliştirmek amacıyla konservatif tedavide ilk basamak olarak kabul edilir.<sup>6,16</sup>

PTKE'leri, periüretral ve perivajinal kasların istemli kasılmasını sağlar, üretral kapanma basıncını artırır ve pelvik viseral yapıların desteğine katkıda bulunur. Böylece, kadının yaşam evrelerinde olumsuzluklara neden olarak yaşam kalitelerini düşüren inkontinans, pelvik organ prolapsusu, cinsel disfonksiyon ve kronik pelvik ağrı riski azalır.<sup>6,16,32</sup>

Avrupa Üroloji Birliği tarafından yayınlanan kanıt temelli rehberde (2014)<sup>6</sup>,düzenli yapılan fiziksel egzersizin de pelvik taban kaslarını güçlendirdiği, PTD

riskini azalttığı, ağır fiziksel egzersizlerin ise PTD riskini şiddetlendirebileceği bildirilmektedir. Literatürde, ağır yorucu egzersizlerin (koşu, aerobik vb.) daha hafif egzersizler (tempolu yürüyüş, yüzme, bisiklet vb.) ile değiştirilmesi, karın içi basıncı artıran tekrarlı hareketlerden kaçınmaları önerilmektedir. Orta düzey fiziksel egzersizlerin kadınlarda inkontinans insidansını azalttığı; ıkınma ve ağır kaldırma gerektiren mesleklerde çalışan kadınların da inkontinans ve prolapsus açısından riskli grupta olduğu bildirilmektedir.<sup>13,16,35</sup> Düzenli yapılan orta düzeyde egzersizlerin (tempolu yürüyüş, yüzme, bisiklet vb.); kan dolaşımını artırdığı, hormon düzeylerine (testosteron, endorfin vb.) etki ettiği, stres düzeyini azalttığı, kilo kontrolünü sağladığı, özgüven duygusunu geliştirdiği, dolayısıyla cinsel yaşamda memnuniyeti artırdığı yapılan çalışmalarda bildirilmektedir. Sonuç olarak, egzersizlerin her gün ya da haftada en az 5 gün, 40-60 dk/günde 1 kez ya da 20-30 dk/günde 2 kez düzenli olarak yapılması hedeflenmelidir.<sup>35</sup>

Sağlığı geliştirme modeli kullanılarak yapılan eğitimlerde, bireylerin fiziksel egzersizlerinde artış olduğunu gösteren çalışmalar olmakla beraber<sup>17,27</sup>, bu modelin tek başına yetersiz olduğunu savunan çalışmalar da mevcuttur.<sup>36</sup> İran'da 161 lise öğrencisini kapsayan randomize kontrollü bir çalışmada, sağlığı geliştirme modeli kullanılarak yapılan eğitimin etkili olduğu; ancak kontrol grubuna göre anlamlı olmadığı bulunmuştur. Buna göre, sonuçları kontrol grubuna göre anlamlı bulunulan *transteoretik model ile birlikte kullanılması önerilmiştir*.<sup>37</sup>

### **Sağlıklı Yaşam Biçimi**

#### **Davranışlarının Adaptasyonunda Sağlık Profesyonellerinin Rollerini**

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları/ tarzı, bireylerin kendi sağlıklı durumlarını korumaları, yükseltmeleri ve hastalıklardan korunmak için uyguladığı davranışların bütünü olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi ile birey sağlığını koruma ve geliştirmek adına sorumluluk almakta, sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmekte ve günlük aktivitelerini düzenlemek için kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmektedir. Seçilen riskli davranışların değiştirilmesinde ise bireylerin niyetleri, tutumları, algılanan sonuç, kişilerarası etkileşimleri ve sosyal destek gibi

birçok faktör etkili olabilmektedir. Dolayısıyla, sağlık profesyonelleri danışmanlık eğitimlerinde proaktif yaklaşımı benimseyerek bireyleri pelvik taban disfonksiyon risk faktörleri açısından değerlendirmelidir. Bireylerin ihtiyaçlarını ve tercihlerini bakım ve tedavilerinde mutlaka dikkate almalıdırlar. Aynı zamanda, bireyler ile etkili iletişim kurmalı, onları değerlendirirken kanıt temelli, geçerlik güvenilirliği yapılmış standart formlar kullanılmalı ve sağlık davranışlarını geliştirmede uygun modellerden yararlanmalıdır.<sup>13,28,38</sup> Sağlık İnanç Modeli, Sağlığı Geliştirme Modeli, Transteoretik Model, Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı, Motivasyonel Görüşme Programları, Bilişsel Davranışçı Teori ve Sosyal Kognitif Teori bunlardan bazıları olup, günümüzde sağlığı geliştirme davranışını kolaylaştıran Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli kliniklerde sıklıkla kullanılmaktadır.<sup>13,38</sup> Sağlık profesyonelleri, Sağlığı Geliştirme Modeli ile bireylerin yaşam tarzlarını, çalışma koşullarını ve beslenme şekillerini değerlendirerek bireylerde pelvik taban disfonksiyonuna ilişkin herhangi bir olumsuzluğun varlığını tespit eder. Nitekim, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin temel esası da; sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile bireyin sağlığının geliştirilmesi olup, pelvik taban disfonksiyonunun tedavisinde önerilen ilk seçenektir.<sup>39,40</sup> Bu model, bireyin sosyo-demografik özelliklerini, deneyimlerini ve davranışa özgü algılarını değerlendirerek bireyin bütüncül değerlendirmesini sağlar. Böylece sağlık profesyonellerinin bireye özgü bakım planı geliştirmesine olanak sağlar.<sup>41</sup>

Sağlığın geliştirilmesi sağlık profesyonellerinin özgün görevi olup, her birey bütüncül değerlendirilerek biricik ve özel olarak ele alınmaktadır. Bu doğrultuda Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli bireyin sağlığını kendisinin de kontrol etmesine fırsat vererek, bireyin ve sağlık profesyonellerinin daha sağlıklı bir yaşam için birlikte çalışmasına katkı sağlar.<sup>39,41</sup>

### Sağlığı Geliştirme Modeli

Nola J. Pender tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olup, 1987 ve 1996 yılında Pender tarafından tekrar revize edilmiştir. Model, sağlığı geliştirme alanındaki uygulamalara rehber nitelikte olup, sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı niteliğindedir.<sup>41</sup>

Modelin amacı; yaşam tarzına ilişkin sağlığı geliştirme davranışlarının bileşenlerini

açıklamak, bireyin deneyimlerini ve sağlık davranışına ilişkin algılarını etkileyebilecek faktörleri değerlendirmek ve sağlıklı yaşam tarzına ilişkin davranışların belirleyicilerinin anlaşılması için sağlık profesyonellerine yardımcı olmaktır.<sup>41, 42</sup>

Sağlığı Geliştirme Modeli üç öğeden oluşmaktadır. Bunlar;

**1) Bireysel Özellikler ve Deneyimler:** Bireysel özellikler; bireyin biyolojik (yaş, kilo, boy, cinsiyet); psikolojik (benlik saygısı, öz motivasyonu ve kişisel yetenekler) ve sosyo-kültürel özelliklerini (etnik grup, ırk, eğitim, gelir, bulunduğu yer, statü, görev) içerir. Deneyimler ise doğrudan ve dolaylı etkiye sahip olan davranışsal bir faktördür. Önceki davranışın başarı ya da başarısızlığı, sonraki davranışın sonucunu etkiler.<sup>41-43</sup>

### 2) Davranışa Özgü Algular:

- **Eylemin Algılanan Yararları:** Birey kazanması gereken sağlık davranışının sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini algılar ise bu davranışa başlama ve sürdürmeye kolaylıkla karar verebilir. Örnek: eğer birey kilo vermeyi kendi sağlığı açısından olumlu bir davranış olarak algılıyorsa, kilo kontrolüne ilişkin öz yeterlilik algısı da olumlu etkilenecek ve bu davranışında başarılı olabilecektir.<sup>41-43</sup>
- **Eylemin Algılanan Engelleri:** Birey yeni bir davranışa başlama ve sürdürme sürecinde kişisel, psikolojik, kültürel kaynaklı pek çok engelle karşılaşabilir. Davranışla ilgili olumsuz duygular, davranışı geliştirmeyi de olumsuz yönde etkiler. Bu engellerden en sık karşılaşılanları; bir süre sonra sıkılma, zaman ayıramama, ekonomik yetersizlik, davranışın güç olarak algılanması, davranışın diğer bireyler tarafından desteklenmemesidir.<sup>41-43</sup>
- **Algılanan Öz-Etkililik:** Öz etkililik bireyin sağlığını geliştirmede veya sağlıkla ilgili sorunlarını çözümlenmede etkin olma gücüdür. Öz-etkililik, bireyin belirli bir davranışını başarılı olarak yapmasına ilişkin kendi öz yargısı, inancı olarak tanımlanır. Birey bir olayın çözümünde etkili olabileceğine inanıyorsa daha aktif ve daha etkin davranabilir ve kendisine daha fazla güvenir. Bu "yapabilme-becerebilme" algısı, bireyin olayları kontrol edebilme duygusu olarak yansır. Düşük öz etkililik duygusunun

ise depresyon, anksiyete ve çaresizlik ile ilgili olduğu belirtilmektedir.<sup>41-43</sup>

- **Aktivite İlişkin Duygu Durumu:** Önceki benzer davranışın başarı ya da başarısızlığı sonraki davranışı etkiler. Davranışın performansını doğrudan, öz-etkililiği ise dolaylı etkileyen, özel bir davranış sonucu ortaya çıkan, olumsuz ya da olumlu duygulardan oluşur. Davranışla ilgili bireyde oluşan duygular, bireyin davranışının devamlılığını etkiler.<sup>41-43</sup>
- **Kişilerarası Etkiler:** Çevredeki insanların bireyin davranışına ilişkin düşünce, inanış ve tutumlarını kapsamaktadır. Bireye, davranışa ilişkin verilen destektir. Sosyal normlar, sosyal destek ve model alma kişilerarası ilişkilerin birincil kaynağıdır.<sup>41-43</sup>
- **Durumsal Etkiler:** Bireysel algılar, ortamdaki herhangi bir durum veya ortamın şartları davranışı kolaylaştırır ya da engel olur. Durumsal etkiler doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık davranışını etkileyebilir. Bireyin bulunduğu çevre, davranış oluşumunu etkilerken bireyin ya da grubun tam bir iyilik haline ulaşabilmesi için çevresiyle uyumlu yaşaması, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve memnun olması gerekmektedir.<sup>41-43</sup>

### 3) Davranış Çıktısı

- **Davranışa İlişkin Plan Yapma:** Bu aşama bireyin istenilen/hedeflenen sağlık davranışını gösterdiği, eyleme geçtiği aşamadır. Davranış hakkında plan yapma, davranışsal bir olayı gösterir. Bu plana bağlılık, önemli bir tercih ortaya çıkmadıkça bireyde davranış oluşumuna neden olmaktadır. Davranış hakkında plan yapma, davranışla ilgili niyet kavramını içerir.<sup>41-43</sup>
- **Acil, Birbiriyle Yarışan İstekler ve Tercihler:** Alternatif davranışlar içinde bireylerin kendi tercihlerini kullanmasıdır. Aktiviteye karar vermeden önce var olan planlı davranış için bu alternatifler görüşülerek “yarar ve engel” kavramları belirlenir. Bireyin kontrolü elden bırakmaması gerekir. Sağlık davranışları ile ilgili önemli engellerden birisi ihtiyaç duyulduğu zaman hemen karşılamaktır (kilo verme sürecinde acıkan bireyin öncelikli olarak tokluk hissini sağlamak için o anda ne bulursa yemesi). Kilo almamak için yemek miktarını az seçebilir ancak bu düşük kontroldür. Buna karşın bu birey yemek

tercihlerini düşük yağlı, kalorisi zengin lifli, vitaminli, proteinli yiyeceklerden yana kullanırsa önceliklerini belirler ve davranışı üzerinde yüksek kontrol sağlamış olur.<sup>41-43</sup>

- **Sağlığı Geliştirme Davranışı:** Bireyin istendik davranışı göstermesi ve yaşam biçimi haline getirilmesidir. İstendik davranışın gösterilmesi ile sağlık geliştirilmiş, işlevsel yetenek geliştirilmiş ve daha iyi bir yaşam kalitesi sağlanmış olur.<sup>42</sup>

Sağlığı geliştirme modeli rehber alınarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından olan kilo kontrolüne ilişkin örnek sorular Tablo 1’de verilmiştir.<sup>41-43</sup>

**Tablo 1:** Sağlığı Geliştirme Modeli’ne Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarından Kilo Kontrolüne İlişkin Örnek Sorular

<b>Sağlığı Geliştirme Modeli’ne Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarından Kilo Kontrolüne İlişkin Örnek Sorular</b>	
<b>1) Bireysel Özellikler ve Deneyimler</b>	Geçmişte kilo vermeyi hiç denediniz mi? Bu deneyimlerden ne öğrendiniz?
<b>2) Davranışa Özgü Algılar</b>	
• <b>Eylemin Algılanan Yararları</b>	Kilo vermenin kişisel yararları nelerdir?
• <b>Eylemin Algılanan Engelleri</b>	Kilo verirken/diyet yaparken karşılaşılabileceğiniz sorunlar (engeller) nelerdir?
• <b>Algılanan Öz-Etkililik</b>	Kilo vermek/kontrolünü sağlamak için bu engelleri aşacağınızdan ne kadar eminsiniz?
• <b>Aktivite İlişkin Duygu Durumu</b>	Kilo verdikçe kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
• <b>Kişilerarası Etkiler</b>	
○ <b>Sosyal Normlar</b>	Ailenizden veya arkadaşlarınızdan sizin daha zayıf olmanız beklentisi içinde olan var mı?

Tablo 1'in devamı

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sosyal Destek</li> <li>○ Rol Modelleri</li> <li>● Durumsal Etkiler</li> </ul>	<p>Sizi kilo vermeniz için kim destekler?</p> <p>Ailenizde veya arkadaşlarınız arasında diyet yapan/kilo kontrolünü sağlayan kimse var mı?</p> <p>Çalışma ortamınız ve çevreniz kilo vermenizi nasıl etkiliyor?</p>
<p><b>3) Davranış Çıktısı</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Davranışa İlişkin Plan Yapma</li> <li>● Acil, Birbiriyle Yarışan İstekler ve Tercihler</li> <li>● Sağlığı Geliştirme Davranışı</li> </ul>	<p>Kilo kontrolünüzü sağlamak için kendinize haftalık/aylık hedef belirlemeye ve bir plan geliştirmeye hazır mısınız?</p> <p>Kilo verme sürecinde ne gibi problemlerle karşılaştınız? Gelecekte bu problemlerden nasıl uzak durabilirsiniz?</p> <p>Birey kilo kontrolünü sağlamada başarılı olmuştur ve bunu yaşam biçimi haline getirmiştir.</p>

### Sonuç

Pelvik taban disfonksiyonu, kadınlarda sıklıkla görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen, önemli ve yaygın bir sağlık sorunudur. Bu sorunun oluşmasında ve yönetiminde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının etkili olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla, sağlık profesyonellerinin PTD'nun, önlenmesi amacıyla bireylerin risk faktörlerine maruz kalmasını önlemek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak gibi önemli rol ve sorumlulukları vardır. Bunun için de Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli gibi çeşitli modellerden yararlanabilirler.<sup>3,7,13</sup>

### Kaynaklar

1. Beckmann RBC, Ling FW, Herbert WNP, Laube DW, Smith RP, Casanova R, et al. Pelvic Support Defects, Urinary Incontinence, and Urinary Tract Infection. *Obstetrics and Gynecology*. 7th ed. China: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer; 2013. p. 277-86.
2. Newman DK, Wein AJ. Office-based behavioral therapy for management of incontinence and other pelvic disorders. *Urol Clin North Am* 2013; 40(4): 613-35.
3. Çelik DB, Beji NK. Pelvik taban fonksiyon bozuklukları ve yaşam kalitesi [The pelvic floor function disorders and quality of life]. *İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* [Florence Nightingale Journal of Nursing] 2012; 20(1): 69-79.
4. Saleh S, Majumdar A, Williams K. The conservative (non-pharmacological) management of female urinary incontinence. *Obstet Gynaecol* 2014; 16(3): 169-77.
5. Newman DK. Pelvic floor muscle rehabilitation using biofeedback. *Urologic Nursing* 2014; 34(4): 193-202.
6. Lucas MG, Bedretinova D, Bergmans LC, Bosch JLHR, Burkhard F, Cruz F, et al. Guidelines on urinary incontinence. European Association of Urology 2015 [updated 2015 March; cited 2015 May 2] Available from: [http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence\\_LRI.pdf](http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence_LRI.pdf)
7. Nygaard I, Shaw J, Egger MJ. Exploring the association between lifetime physical activity and pelvic floor disorders: study and design challenges. *Contemp Clin Trials* 2012; 33(4): 819-27.
8. Starr JA, Drobnis EZ, Lenger S, Parrot J, Barrier B, Foster R. Outcomes of a comprehensive nonsurgical approach to pelvic floor rehabilitation for urinary symptoms, defecatory dysfunction, and pelvic pain. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2013; 19(5): 260-5.
9. Chiarelli P. Lifestyle interventions for pelvic floor dysfunction. In: Bø K, Berghmans B, Morkved S, Van Kampen M eds. Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor: Bridging Science and Clinical Practice. 1st ed. China: Churchill Livingstone Elsevier; 2007. p. 147-160.
10. Gozukara YM, Akalan G, Tok EC, Aytan H, Ertunc D. The improvement in pelvic floor symptoms with weight loss in obese women does

- not correlate with the changes in pelvic anatomy. *Int Urogynecol J* 2014; 25(9): 1219-25.
11. Imamura M, Williams K, Wells M, McGrother C. Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; (9): doi: 10.1002/14651858.CD003505.pub4.
  12. Cameron AP, Jimbo M, Heidelbaugh JJ. Diagnosis and office-based treatment of urinary incontinence in adults. Part two: treatment. *Ther Adv Urol* 2013; 5(4): 189-200.
  13. Gungor I, Beji NK. Lifestyle changes for the prevention and management of lower urinary tract symptoms in women. *Int J Urol Nurs* 2011; 5(1): 3-13.
  14. Osborn DJ, Strain M, Gomelsky A, Rothschild J, Dmochowski R. Obesity and female stress urinary incontinence. *Urology* 2013; 82(4): 759-63.
  15. Te West NID, Moore KH. Recent developments in the non-surgical management of pelvic organ prolapse. *Curr Obstet Gynecol Rep* 2014; 3(3): 172-79.
  16. NICE- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Urinary Incontinence: The Management of Urinary Incontinence in Women. 2013. (Erişim tarihi: 02.06.2015) Erişim adresi: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg171/resource/s/cg171-urinary-incontinence-in-women-full-guideline3>
  17. Ugorji JU. Developing a lifestyle modification toolkit to prevent and manage hypertension among African American women [PhD thesis]. University of Walden, Minneapolis, 2014.
  18. Mohebi S, Sharifirad G, Feizi A, Botlani S, Hozori M, Azadbakht L. Can health promotion model constructs predict nutritional behavior among diabetic patients? *J Res Med Sci* 2013; 18(4): 346-359.
  19. Chen MY, Huang LH, Wang EK, Cheng NJ, Hsu CY, Hung LL, Shiao YJ. The effectiveness of health promotion counseling for overweight adolescent nursing students in Taiwan. *Public Health Nurs* 2001; 18(5): 350-356.
  20. Atanda-Lawal B. Health Promotion for Overweight Children between the Ages of 7 to 12, 2012. (Erişim tarihi: 02.06.2015) Erişim adresi: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/50103/AtandaLawal\\_Bibiyemi.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/50103/AtandaLawal_Bibiyemi.pdf?sequence=1)
  21. Tortumluoğlu G, Hacıhasanoğlu R, Yılmaz S, Yazıcı M. Yaşlılara verilen planlı egzersiz eğitiminin beden kitle indeksi (BKİ), arteriyel kan basıncı (AKB) ve egzersiz davranışlarına etkisi [The impact of the planned education given to elderly people on body mass index (BMI), blood pressure and exercise behaviors]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences]* 2005; 8(1): 1-9.
  22. World Health Organization- WHO Report On The Global Tobacco Epidemic, 2013. (Erişim tarihi: 02.06.2015) Erişim adresi: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2013/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/)
  23. Gies CE. Evaluating effectiveness of an inpatient nurse-directed smoking cessation program in a small community hospital [Master thesis]. University of Toledo, United States, 2005.
  24. Choi SH. Smoking behavior and the impact on sleep quality and health-related quality of life among operating engineers [PhD thesis]. University of Michigan, United States, 2012.
  25. Oh H, Jeong H, Seo W. Integrative smoking cessation stage model for Chinese students studying in Korea. *Asian Nurs Res* 2013; 7(4): 182-190.
  26. Jura YH, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Caffeine intake, and the risk of stress, urgency and mixed urinary incontinence. *J Urol* 2011; 185(5): 1775-80.
  27. Safabakhsh L, Arbabisarjou A, Jahantigh M, Nazemzadeh M, Navabi RS, Nosratzahi S. The effect of health promoting programs on patient's life style after coronary artery bypass graft-hospitalized in shiraz hospitals. *Glob J Health Sci* 2016; 8(5): 154-159.
  28. Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *Int J Clin Pract* 2009; 63(8): 1177-91.
  29. Santanam N, Kavtaradze N, Murphy A, Dominguez C, Parthasarathy S. Antioxidant supplementation reduces endometriosis-related pelvic pain in humans. *Transl Res* 2013; 161(3): 189-95.
  30. Sesti F, Capozzolo T, Pietropolli A, Collalti M, Bollea MR, Piccione E. Dietary therapy: a new strategy for management of chronic pelvic pain. *Nutr Res Rev* 2011; 24(1): 31-8.
  31. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2014. Chronic pelvic



- pain in women. (Erişim tarihi: 02.16.2015)  
Erişim adresi:  
<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=95a54f08-d023-49a0-81d1-32bc3e14746a%40sessionmgr4005&vid=2&hid=4111&bdata=Jmxhbmc9dHImc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=dme&AN=114601>
32. Siddighi S, Hardesty JS. [Urogynecology and Pelvic Reconstructive Surgery Basics]. Ö.Yalçın editör. Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Temel Bilgiler. 1.Baskı. Ankara: Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık; 2007. p.85-93.
  33. Beckmann RBC, Ling FW, Herbert WNP, Laube DW, Smith RP, Casanova R, et al. Dysmenorrhea and Chronic Pelvic Pain. Obstetrics and Gynecology. 7th ed. China: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer; 2013. p.295-300.
  34. Moonmuang N. Stress management and health promotion behaviours in young men in tertiary education settings [PhD thesis]. University of Victoria, Australia, 2005.
  35. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn* 2010; 29(1): 213-40.
  36. Eshah NF, Bond AE, Froelicher ES. The effects of a cardiovascular disease prevention program on knowledge and adoption of a heart healthy lifestyle in Jordanian working adults. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2010; 9(4): 244-253.
  37. Taymoori P, Niknami S, Berry T, Lubans D, Ghofranipour F, Kazemnejad A. A school-based randomized controlled trial to improve physical activity among Iranian high school girls. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008; 5(1):18.
  38. Kaplan S, Demirci N. Üriner inkontinansa konservatif tedavi metotları [Conservative treatment methods in urinary incontinence]. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* [Journal of Fırat Health Services] 2010; 5(13): 1-14.
  39. Macfarlane ER. Women's motivation to perform pelvic floor muscle training for prevention of pelvic organ prolapse [Master thesis]. University of Otago, New Zealand, 2015.
  40. Chen SY. The development and testing of the pelvic floor muscle exercise self-efficacy scale. *J Nurs Res* 2004; 12(4): 257-66.
  41. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı [Health promotion model: conceptual structure]. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* [Dokuz Eylül University Nursing Faculty e-Journal] 2014; 7(1): 59-67.
  42. Ersin F, Bahar Z. Sağlığı Geliştirme Modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: bir literatür derlemesi [Effects of Health Promotion Models on breast cancer early detection behaviors: a literature review]. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* [Dokuz Eylül University School of Nursing Electronic Journal] 2012; 5(1): 28-38.
  43. Tokat MA, Okumuş H. Başarılı emzirme için kuram ve modeline dayalı hemşirelik uygulamaları nasıl geliştirilir [How to improve nursing practices - based on theory and model for successful breastfeeding]. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi* [Journal of Research and Development in Nursing-HEMARG] 2008; 10(3): 51-55.
  44. Karabük Üniversitesi, Karabük. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://sabien.karabuk.edu.tr/>
  45. Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://sagbil.kocaeli.edu.tr/?p=programs>
  46. Çukurova Üniversitesi, Adana. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://www.cu.edu.tr/tr/detay.aspx?pageId=813>
  47. Kafkas Üniversitesi, Kars. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://www.kafkas.edu.tr/kau/TR/duyuru/universitemiz-Saglik-Bilimleri-Enstitusu-Bunyesinde-Ebelik-Bolumu-Yuksek-Lisans-ve-Doktora-Programlarinin-Acilmasina-Yonelik-Basvuru-YoK-Tarafindan-Onaylanmistir>
  48. İstanbul Medipol Üniversitesi, (Erişim Tarihi: 06 Temmuz 2015) Erişim Adresi: <http://www.medipol.edu.tr/Sayfa/8001/Yuksek-Lisans-Programi/Ebelik.aspx>
  49. Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://www.iasyo.ege.edu.tr/detay.php?SayfaID=51&action=haber>

## Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri: Derleme Physical Activity and Preventive Effect: Review

Ayşe Zengin ALPÖZGEN<sup>a</sup>, Arzu Razak ÖZDİNÇLER<sup>b</sup>

**Özet:** Fiziksel aktivite ile sağlık arasında doğrusal bir ilişki vardır. Dünya çapında ölümlerin dördüncü önde gelen nedeni olan inaktivite sağlık, ekonomik, çevresel ve sosyal açıdan sonuçları olan küresel bir sorun olarak ele alınmalıdır. Fiziksel olarak aktif olmak sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, ayrıca hareketsizliğe bağlı oluşan hastalıklardan korunmada önemlidir; çünkü hareketsizlik kardiyopulmoner hastalıklar, obezite, diyabet, kanser (kolon ve meme), kemik hastalıkları (osteoporoz ve osteoartrit) ve depresyon gibi birçok kronik hastalık açısından değiştirilebilir bir risk faktörüdür. Düzenli fiziksel aktivitenin çeşitli kronik hastalıkların primer ve sekonder korunmasına katkı sağladığına ve erken ölüm riskinin azalması ile ilişkili olduğuna dair yadsınamaz kanıtlar mevcuttur. Yeterli sağlık kazanımları için kılavuzlarda önerilen seviyelerde fiziksel aktivite yapılmalıdır. Ek sağlık yararları için fiziksel aktivite artırılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** ikincil koruma, motor aktivite, primer korunma, sağlık

**Abstract:** There is a linear relationship between physical activity and health status. Because of inactivity is the fourth leading cause of death worldwide, it should be described as global problem with health, economic, environmental and social consequences. Being physically active is important for maintaining and enhancing health and also for preventing diseases caused by inactivity, because inactivity is a modifiable risk factor for many chronic diseases including cardiorespiratory diseases, obesity, diabetes mellitus, cancer (colon and breast), bone diseases (osteoporosis and osteoarthritis), and depression. There is evidence that regular physical activity contributes to the primary and secondary prevention of several chronic diseases and is associated with a reduced risk of premature death. To gain adequate health benefits, physical activity at recommended levels in the guidelines should be engaged. For additional health benefits physical activity should be increased.

**Key words:** secondary prevention, motor activity, primary prevention, health

Geliş Tarihi/Received: 27.11.2015 /Kabul Tarihi/Accepted:14.01.2016

<sup>a</sup> Yrd. Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü/İSTANBUL, e-mail: [azengin@istanbul.edu.tr](mailto:azengin@istanbul.edu.tr), Tlf: + (90) 2124141528

<sup>b</sup> Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü/İSTANBUL, e-mail: [aозdnclr@istanbul.edu.tr](mailto:aozdnclr@istanbul.edu.tr), Tlf:+(90) 2124141528

**Sorumlu Yazar Adres/Correspondence:** Ayşe Zengin Alpözgen, [azengin@istanbul.edu.tr](mailto:azengin@istanbul.edu.tr), İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü/İSTANBUL

**Atf: Alpözgen AZ, Özdiñçler AR. Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri: Derleme. HSP 2016; 3(1): 66-72**  
**To cite this article . Alpözgen AZ, Özdiñçler AR. Physical Activity and Preventive Effect: Review. HSP 2016; 3(1): 66-72.**

### GİRİŞ

İnsanların fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerine olumlu etkiler sağlayan, hem hastalıklardan korunmada, hem de hastalıkların tedavisinde yararlı olan fiziksel aktivitenin sağlıkla doğrusal bir ilişkisi vardır.<sup>1-3</sup> Fiziksel aktivitenin, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumlu etkilediği gösterilmiştir.<sup>1,4-6</sup> Ayrıca bulaşıcı olmayan birçok hastalığa yakalanma riskini azalttığı, toplumsal katılımı ve sosyal uyumu artırarak toplumsal yararlar sağladığı bilinmektedir.<sup>7</sup>

Fiziksel aktivitenin sağlık üzerine etkilerine bakıldığında kalp ve damar hastalıkları riskini azalttığı, sağlıklı kilonun

korunmasına yardımcı olduğu, diyabet riskini düşürdüğü, başta kolon ve meme kanseri olmak üzere kanser riskini azalttığı, kas ve iskelet sağlığının korunması ve geliştirilmesine yardımcı olduğu, psikolojik yararlar (depresyon, stres, anksiyete sorunlarının azaltılması) ve pozitif sosyal etkiler sağladığı bildirilmiştir.<sup>7-16</sup>

2002'de yapılan bir araştırmaya göre Avrupa ülkelerinde yaşayan yetişkin nüfusun üçte ikisi tavsiye edilen düzeyde egzersiz yapmamaktadır. Araştırma sonuçlarına göre ülkelerin çoğunda erkek çocukların, kızlara kıyasla, daha aktif olduğu; yaş artışı ile birlikte fiziksel aktivite oranının azaldığı ve yeterli

ölçüde egzersiz yapanların oranının sadece %31 olduğu bulunmuştur. Ayrıca ülkeler arasında da aktivite açısından büyük farklar olduğu görülmüştür. Benzer şekilde yaş gurupları arasında da değişiklikler mevcuttur.<sup>7</sup>

Ülkemizde nüfusun %71,9'unun (erkeklerin %67,6'sının, kadınların %76,5'inin) egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Yaş gurupları incelendiğinde kadın ve erkeklerde yaşla birlikte egzersiz yapmayanların oranının artış gösterdiği gözlenmiştir. Hiç egzersiz yapmayanların oranı kadınlarda ve erkeklerde sırasıyla: 12-14 yaş grubunda %69,8-%41,4; 15-18 yaş grubunda %72,5-%44,6; 19-30 yaş grubunda %76,6-%69,5; 31-50 yaş grubunda %74,8-%73,2 ve 75 yaş üzeri grupta %88-%83,7 olarak bulunmuştur.<sup>17</sup>

Prevelans ve sağlığa etkisi düşünöldüğünde ekonomik, çevresel ve sosyal açıdan da geniş ve kapsamlı sonuçları olan inaktivite, pandemik bir durum olarak ele alınmalıdır.<sup>18</sup> Çünkü inaktivite kronik hastalıklar ve küresel mortalite açısından önde gelen 5 önemli risk faktöründen biridir. İskemik kalp hastalıklarının yaklaşık %30'unun, diyabetin %27'sinin, meme ve kolon kanserlerinin yaklaşık %21-25'inin ana nedeninin fiziksel inaktivite olduğu tahmin edilmektedir.<sup>19</sup> Her yıl 3,2 milyon (%5,5) insan inaktivite nedeniyle kaybedilmektedir.<sup>19</sup> Ayrıca fiziksel inaktivite ve kötü beslenmenin, sağlık giderlerinin artmasına neden olarak, dünya genelindeki toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %2'si ile ilişkili olduğu düşünölmektedir.<sup>20</sup> Avrupa bölgesinde ise yıllık kişi başı maliyetinin yaklaşık 150-300€ olduğu tahmin edilmektedir.<sup>21</sup>

Fiziksel aktivitenin arttırılması için bireysel ve toplumsal olarak harekete geçilmesinin gerekliliği Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün raporunda da vurgulanmış; bu raporda ülkelerin %80'inin buna yönelik politikalar belirlediği, %56'sının da belirlenen politikaları faaliyete geçirdiği bildirilmiştir.<sup>21</sup> Yine DSÖ 2015 yılında fiziksel aktivitenin arttırılması için uluslararası starejiler geliştirmek ve bu çerçevede bir protokol oluşturmayı sağlamak amacıyla bir kılavuz da yayınlamıştır.<sup>22</sup>

Kronik hastalıklarla ilişkili riskler çocukluk çağında başlar ve yaşla birlikte artar. Fiziksel inaktivitenin çocuklar ve gençler için de ciddi bir sağlık riski oluşturduğu bilinmektedir.<sup>23</sup> Çağımızda hızla yayılan hastalıklardan biri de obezitedir. Çocukluk çağı

obezitesi, yetişkinlik obezitesine yol açtığı ve pek çok kronik hastalığa zemin hazırladığı için koruyucu yaklaşımlara erken dönemden itibaren başlanması önemlidir. Bu nedenle sağlığı geliştirme programları, her yaştan insanı hedef almalıdır. Bebeklik çağından itibaren fiziksel aktivitenin arttırılması, düzenli fiziksel aktivite alışkanlığının kazandırılması ve inaktif geçirilen sürenin azaltılması önerilmektedir.<sup>23,24</sup>

## FİZİKSEL AKTİVİTE VE ÖZELLİKLERİ

“Günlük yaşam içerisinde, iskelet kasları kullanılarak yapılan ve enerji harcanmasını gerektiren her hareket” fiziksel aktivite olarak tanımlanır.<sup>23</sup>

Fiziksel aktivite düzeyi belirlenmeden önce 4 ana unsur göz önünde bulundurulmalıdır.

**1. Fiziksel Aktivitenin Türü:** aerobik (dayanıklılık), kuvvetlendirme, esneklik ve denge aktiviteleri şeklinde sınıflandırılabilir.<sup>21</sup>

**2. Fiziksel Aktivitenin Şiddeti:** Bir aktiviteyi gerçekleştirmek için gerekli olan çabanın büyüklüğünü ifade eder. Egzersiz şiddeti mutlak veya göreceli olarak ifade edilebilir. Mutlak şiddet: yapılan işin oranı ile belirlenir ve bireysel fizyolojik kapasiteler dikkate alınmaz. Aerobik aktivite için mutlak şiddet tipik olarak enerji tüketim oranı (ml/kg/dk oksijen tüketimi veya Metabolik Eşdeğer (MET) veya kCal/dk), bazı aktiviteler için aktivite hızı (saatteki yürüme veya koşma hızı vb.) yada fizyolojik yanıt (kalp hızı vb.) şeklinde ifade edilir. Göreceli şiddette ise bireysel egzersiz kapasitesi göz önünde bulundurulur ve şiddet ona göre ayarlanır. Aerobik aktivite için göreceli şiddet, bireyin maksimal aerobik kapasitesi ( $VO_{2maks}$ ), oksijen tüketimi ( $VO_2$ ) rezerv yüzdesi veya bireysel maksimal kalp hızının yüzdesi olarak ifade edilebilir. Ayrıca egzersiz sırasında kişinin hissettiği zorluk derecesi (0-10'luk bir ölçek üzerinde) olarak da ifade edilebilir.<sup>21</sup>

**MET:** metabolik eşdeğer anlamına gelir. 1 MET sakin bir şekilde otururken harcanan enerji miktarıdır. Fiziksel aktivite sırasında kişinin metabolizmasının dinlenme durumuna göre kaç kat arttığını gösterir. Fiziksel aktivite şiddeti belirlenirken genellikle MET değerleri referans olarak kullanılır. Fiziksel aktivite sırasında kullanılan oksijen ml/kg/dk cinsinden ifade edilir. Dakikada, vücut ağırlığının her kilogramı için 3.5 mililitrelik bir oksijen alımı söz konusudur.

MET değeri ile aktivite süresi çarpılarak da haftalık MET dakika skoru elde edilebilir.<sup>21,23,25</sup>

Fiziksel aktiviteler şiddetlerine göre üç ayrı şekilde değerlendirilir: hafif, orta, yüksek.<sup>23</sup> Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için orta şiddetli aktiviteler yeterlidir.<sup>26</sup> Şiddetin artırılması, fiziksel uygunluk özelliklerinde daha fazla gelişme sağlayacaktır.<sup>7,21,25</sup>

Hafif şiddetli aktiviteler mutlak ölçüte göre <3 MET altında enerji harcanması gerektiren aktivitelerdir. Orta şiddetli aktiviteler mutlak ölçüte göre 3-6 MET arasında enerji harcaması gerektiren veya göreceli ölçüte göre 0-10'luk bir skalada 5-6 zorluk derecesine sahip olan aktivitelerdir. Yüksek şiddetli aktiviteler mutlak ölçüte göre >6 MET enerji harcaması gerektiren veya göreceli ölçüte göre 0-10'luk bir skalada 7-8 zorluk derecesine sahip olan aktivitelerdir.<sup>25,27</sup>

**3. Fiziksel Aktivitenin Sıklığı:** Yapılan aktivitenin haftalık tekrar sayısıdır. Genellikle set, seans veya defa ile ifade edilir.<sup>21</sup> Fiziksel aktivite haftanın günlerine yayılarak yapıldığında en verimli sonuç alınabilir. Sıklık zaman içinde dereceli olarak arttırılmalıdır. Aktivitenin belirli bir dönem değil sürekli olarak yapılması önemlidir.<sup>28</sup>

**4. Fiziksel Aktivitenin Süresi:** Aktivitenin gerçekleştirildiği zaman dilimidir. Genellikle dakika ile ifade edilir. Sağlığın kazanılması ve sürdürülmesi için yetişkin bireylerde haftada toplam 150 dakika süreli, orta şiddetteki aktiviteler önerilmektedir.<sup>21</sup> Yaş gruplarına göre egzersizin süresi, şiddeti ve sıklığı değişebilir.

#### **Pedometre (Adımsayar) ve Fiziksel Aktivite**

Adımsayar, kullanıcı tarafından atılan adım sayısını veren, taşınabilir bir araçtır. Kullanımının fiziksel aktivitede artışa, kan basıncı ve vücut ağırlığında azalmaya sebep olduğunu gösteren kanıtlar vardır.<sup>29</sup> Adımsayar gibi kullanımı kolay cihazlar sayesinde fiziksel aktivite yürüme yoluyla teşvik edilebilir. Bu gibi taşınabilir cihazlar, bireylerin fiziksel aktivite kılavuzlarındaki önerileri gerçekleştirmesini desteklemek için faydalı olabilirler. Sağlık için erişkinlerde yeterli günlük adım sayısı ve çocuklar için önerilen adım sayıları Tablo 1'de gösterilmiştir.<sup>3</sup>

**Tablo 1. Adımsayar indeksleri**

Yetişkin		Kız (6-12 yaş)	Erkek (6-12 yaş)	
Gün/Adım sayısı	Fiziksel aktivite seviyesi	Gün/Adım sayısı	Gün/Adım sayısı	Fiziksel aktivite seviyesi
<5000	Hareketsiz (sedanter)	<7000	<10000	Bakır
5000-7499	Düşük düzeyde aktif	7000-9499	10000-12499	Bronz
7500-9999	Biraz aktif	9500-11999	12500-14999	Gümüş
≥ 10000	Aktif	12000 -14499	15000-17499	Altın
≥ 12500	Yüksek düzeyde aktif	≥ 14500	≥ 17500	Platin

Günde "10.000 adım" hedefi yetişkinlerde fiziksel aktiviteyi artırma stratejisi olarak kullanılmaktadır. Bu hedef özellikle Hultquist ve arkadaşları'nın<sup>31</sup> çalışması sonrası daha da vurgulanmıştır. Araştırmacılar iki gruba ayırdıkları gönüllülerin bir grubuna 10000 adım, diğer grubuna ise 30 dakika tempolu yürüyüş önermişlerdir. Çalışma sonunda bireylerin 30 dakika tempolu yürüyüşe kıyasla 10000 adım önerisine daha çok uydukları ve 30 dakikalık yürüyüş sırasındaki adım sayısının da yaklaşık 10000 olduğunu bildirmişlerdir.<sup>31</sup> Günlük 10000 adım hedefi toplumun belli kesimleri için uygun bir hedef olabilir. Ancak bu hedefte günlük atılan adım

sayısının önemli olduğu ancak aktivite şiddeti üzerinde durulmadığı unutulmamalıdır. O nedenle günde 10000 adım fiziksel aktivite seviyesini gerçekleştirmek için kullanılabilecek yollardan sadece bir tanesidir.<sup>25</sup>

#### **FİZİKSEL AKTİVİTE SEÇİMİ**

Bireyler fiziksel aktivite seçerken kendilerine ait tüm koşulları değerlendirmelidirler. Yaş, vücut ağırlığı, fiziksel çevre, fiziksel uygunluk, ulaşılabilirlik, eşlik eden hastalıklar, bireysel gereksinimler, ekonomik durum gibi etkenler göz önünde bulundurulmalıdır.<sup>23</sup>

DSÖ, insanların tüm hayatları boyunca haftanın çoğu gününde, en az yarım saat, orta

şiddette ve haftada yaklaşık 150 dakika olacak şekilde fiziksel aktivite yapmasını tavsiye etmektedir. Genel olarak çocuklar ve gençler için tavsiye edilen daha uzun süreler aktif olmalarıdır. DSÖ'nün sağlık için önerdiği fiziksel aktivite düzeyi yaş gruplarına göre Tablo 2'de gösterilmiştir.

Çocuklar için fiziksel aktiviteler aile içinde, okulda ve toplumsal yaşamda gerçekleştirilebileceği oyunlar, sporlar, ulaşım, rekreasyonel aktiviteler, beden eğitimi, egzersiz gibi aktiviteleri içerir.<sup>21</sup> Yetişkinler ve ileri

yaştakiler için fiziksel aktiviteler günlük aile içinde ve toplumsal yaşamda dinlenme veya boş zaman aktiviteleri, ulaşım (yürüme, bisiklet vb.), rekreasyonel aktiviteler, ev işleri, işle ilgili aktiviteler, oyunlar, sporlar veya egzersiz gibi aktiviteleri içerir.<sup>21</sup> Egzersizle ilgili asgari gereklilikler hakkındaki bilgiler, güvenli azami sınırla hakkındakinden fazladır. Her bireyin kendine özgü limitleri olsa da ve bu limitler yaşla, hastalık veya yaralanmalarla azalsa da uygun bir çalışma programıyla bu limitleri geliştirmek mümkündür.<sup>2</sup>

**Tablo 2. Yaş gruplarına göre fiziksel aktivite önerileri**<sup>21</sup>

Yaş Grubu	Tür	Şiddet	Süre	Sıklık
5-17 yaş	Aerobik	Orta-Yüksek	60 dk	Her gün
	Kuvvetlendirme	Yüksek	*	3 gün/hafta
18-64 yaş	Aerobik	Orta/Yüksek	150 dk/ 75 dk	Haftalık
	Kuvvetlendirme	*	*	2-3 gün/hafta
65 yaş ve üstü	Aerobik	Orta/Yüksek	150 dk/ 75 dk	Haftalık
	Kuvvetlendirme	*	*	2 ve üstü gün/hafta
	Denge	*	*	3 ve üstü gün/hafta

\*Bireye özgü belirle

## FİZİKSEL AKTİVİTENİN KORUYUCU ETKİLERİNE DAİR KANITLAR

Düzenli egzersiz hastalıklardan korunmada en etkili yöntemdir.<sup>26</sup> Literatürde fiziksel aktivitenin kardiorespiratuar durum, kas gücü, metabolik sağlık ve kemik sağlığına etkisi ile ilgili kanıtlar mevcuttur.<sup>3,8-16,21</sup>

Daha az aktif kadın ve erkeklere kıyasla daha aktif olan bireylerde mortalitenin, koroner kalp hastalığının, yüksek kan basıncının, inmenin, diyabetin, metabolik sendromun, kolon ve meme kanserinin ve depresyonun daha az görüldüğüne dair güçlü kanıtlar mevcuttur.<sup>3,21,32</sup> Ayrıca yine daha az aktif bireylere göre fiziksel olarak aktif yetişkin ve ileri yaşlı bireylerin daha iyi bir kardiorespiratuar ve kassal fitness düzeyine sahip olduğunu, daha sağlıklı ve iyi bir vücut kompozisyonu olduğunu, kardiovasküler hastalıklar ve tip II diyabetin önlenmesine yönelik daha iyi bir biomarker profili gösterdiğini ve kemik sağlığının daha iyi olduğunu destekleyen güçlü kanıtlar mevcuttur.<sup>3,21,32</sup>

### Kardiorespiratuar Hastalıklar

Fiziksel aktiviteyle kardiorespiratuar sağlık (koroner kalp hastalığı, kardiovasküler hastalık, inme, hipertansiyon) arasında doğrudan bir

ilişki vardır.<sup>8,16,33</sup> Fiziksel aktivitenin sağlık açısından yararlarının incelendiği bir derlemede, primer koruma açısından; asemptomatik erkekler ve kadınlarda, düzenli fiziksel aktivite ile herhangi bir nedene veya kardiyovasküler hastalığa bağlı erken ölüm riskinin azaldığına dair dikkate değer kanıtlar olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca düzenli fiziksel aktivitenin, kardiyovasküler hastalıkların sekonder korumasında da etkili olduğu ve erkeklerle kadınlarda erken ölüm riskini azaltıcı etkisi olduğu da bildirilmiştir.<sup>3</sup> Fiziksel aktivite kardiorespiratuar fitness geliştirir. Haftalık olarak, düzenli yapılan, en az orta şiddette, 150 dakikalık aktivite riskte azalma sağlar.<sup>21</sup>

### Diyabet

Fiziksel aktiviteyle metabolik sağlık arasında da, diyabet ve metabolik sendrom riskini azaltmasını da kapsayan doğrudan bir ilişki vardır.<sup>9,15,16</sup> Tip 2 diyabetten primer korumada düzenli fiziksel aktivitenin önemini destekleyen çalışma sayısında artış söz konusudur. Sekonder koruma açısından bakıldığında diyabetli hastalara yönelik egzersiz girişimleri glikoz dengesini iyileştirmek açısından yararlı bulunmuş; ayrıca egzersiz ile herhangi bir nedene bağlı veya özellikle diyabete bağlı ölüm oranlarındaki azalma arasında güçlü bir

ilişkinin söz konusu olduğu bildirilmiştir.<sup>3</sup> Diyabetli hastalarda daha fazla fiziksel aktivite, mortalitede ve kardiovasküler hastalık riskinde daha çok azalma ile ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte, herhangi bir seviyedeki düzenli fiziksel aktivitenin hareketsizlikten daha iyi olduğu da bildirilmiştir.<sup>16</sup> Veriler göstermektedir ki haftalık, orta-yüksek şiddetteki 150 dakikalık fiziksel aktivite riskleri anlamlı derecede azaltır.<sup>21</sup>

### **Obezite**

Aerobik fiziksel aktivitenin kilo kontrolünü sağlamada olumlu ve tutarlı bir etkisi vardır.<sup>34</sup> Fiziksel aktivite için enerji harcamını, enerji dengesinin sağlanmasında önemli katkı sağlar. En az 10 dakikalık, kısa, çok sayıdaki setler veya uzun, tek bir set kilo kontrolü için gerekli enerji tüketimini sağlayabilir. Dirençli eğitim ile ilgili kanıtlar ise daha az tutarlıdır. Çünkü yağsız kütlede artış meydana gelir ve programdaki egzersiz hacmi daha azdır. Ayrıca kilo kontrolü ile fiziksel aktivite arasında önemli bireysel farklılıklar söz konusudur. Kilo kontrolü için haftalık toplam 150 dakikanın üstünde, orta şiddette fiziksel aktiviteye ihtiyaç olabilir.<sup>21,35</sup>

### **Kanser**

Primer koruma açısından düzenli fiziksel aktivitenin, özellikle meme ve kolon kanseri olmak üzere bazı kanserlerin insidansında azalma ile ilişkili olduğuna dair ilgi çekici kanıtlar vardır.<sup>3,10-12</sup> Sekonder koruma açısından düzenli fiziksel aktivite, kanserli hastalara da sağlıksal yararlar sağlayabilir.<sup>3,36,37</sup> Bu kanserler için anlamlı düzeyde risk azalması görülebilmesi için orta-yüksek şiddette, günde en az 30-60 dakikalık fiziksel aktivite gereklidir.<sup>21</sup>

### **Kemik Hastalıkları**

Fiziksel olarak aktif yetişkinlerde kalça veya vertebra fraktür riski daha azdır.<sup>21</sup> Primer koruma açısından düzenli fiziksel aktivitenin, özellikle menopoz sonrası kadınlarda, kemik mineral yoğunluğu kaybını ve osteoporozu

önlemek için önemli olduğu görülmektedir.<sup>3</sup> Yararları, özellikle yaşlı insanlarda, potansiyel risklere ağır basmaktadır. Ayrıca yine düzenli fiziksel aktivite, kemik sağlığının korunması ve osteoporozu karşı mücadelede etkili bir sekonder koruma stratejisi olabilir.<sup>3</sup> Egzersiz çalışması artırılarak omurga ve kalçadaki kemik mineral yoğunluğundaki kayıp azaltılabilir. Ayrıca iskelet kas kütlesi, kuvvet ve intrinsik nöromusküler aktivasyon egzersizle artırılabilir.<sup>13,23</sup> Kemik yoğunluğunu geliştirmede ağırlık taşıma ve dirençli fiziksel aktiviteler yararlıdır (örneğin orta-yüksek şiddette, haftada 3-5 gün, 30-60 dakikalık fiziksel aktivite).<sup>21,35</sup>

### **Depresyon**

Halk sağlığı ve özellikle yüksek risk taşıyan grup açısından önem arz eden, bazı mental bozuklukların başlamasını engelleyebilme (primer koruma) özelliğine dair bulgular yoktur. Ancak depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde kullanımı ile ilişkili kanıtlar sunan çalışmaların olması, egzersiz eğitiminin depresyon ve anksiyete üzerine olan pozitif etkilerini ortaya koyabilir ve bu etkiler sekonder koruma stratejisinin bir parçası olarak kullanılabilir.<sup>14</sup>

### **SONUÇ**

Fiziksel aktivite ve sağlık durumu arasındaki doğrusal ilişki göz önünde bulundurulduğunda optimal sağlık için egzersizin gerekli olduğu açıktır. Fiziksel aktivite kılavuzlarında önerilen seviyelerde egzersiz yapılarak sağlık yararları elde etmek mümkündür. Haftanın günlerine yayılarak, düzenli ve orta şiddette yapılan egzersizler sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için yeterli olabilir. Düzenli fiziksel aktivite, erken ölüm riskinin azalması ile ilişkilidir ve çeşitli kronik hastalıkta primer ve sekonder koruma açısından önemlidir. Bireylerin hem sağlık durumlarını hem de yaşamlarını olumlu etkileyebilmek için toplumsal bilinç artırılarak, düzenli fiziksel aktivite yapılması teşvik edilmelidir

**KAYNAKLAR**

1. Balboa-Castillo T, Leon-Munoz LM, Graciani A, Rodriguez-Artalejo F, Guallar-Castillon P. Longitudinal association of physical activity and sedentary behavior during leisure time with health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Health and quality of life outcomes* 2011; 9: 47.
2. Guallar-Castillon P, Bayan-Bravo A, Leon-Munoz LM, Balboa-Castillo T, Lopez-Garcia E, Gutierrez-Fisac JL, et al. The association of major patterns of physical activity, sedentary behavior and sleep with health-related quality of life: a cohort study. *Preventive medicine* 2014 Oct; 67: 248-254.
3. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 2006 Mar 14; 174(6): 801-809.
4. Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review. *Preventive medicine* 2007 Dec; 45(6): 401-415.
5. Davies CA, Vandelanotte C, Duncan MJ, van Uffelen JG. Associations of physical activity and screen-time on health related quality of life in adults. *Preventive medicine* 2012 Jul; 55(1): 46-49.
6. Rhodes RE, Mark RS, Temmel CP. Adult sedentary behavior: a systematic review. *Am J Prev Med* 2012 Mar; 42(3): 3-28.
7. Dünya Sağlık Örgütü. Avrupa'da fiziksel aktivite ve sağlık: eyleme geçirecek kanıtlar. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F editor: *Türkiye Sağlıkli Kentler Birliği*; 2008.
8. Sofi F, Capalbo A, Cesari F, Abbate R, Gensini GF. Physical activity during leisure time and primary prevention of coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008 Jun; 15(3): 247-257.
9. Astrup A. Healthy lifestyles in Europe: prevention of obesity and type II diabetes by diet and physical activity. *Public health nutrition* 2001 Apr; 4(2b): 499-515.
10. Hardman AE. Physical activity and cancer risk. *The Proceedings of the Nutrition Society* 2001 Feb; 60(1): 107-113.
11. Kruk J, Aboul-Enein HY. Physical activity in the prevention of cancer. *APJCP: Asian Pacific journal of cancer prevention* 2006 Jan-Mar; 7(1): 11-21.
12. Fournier A, Dos Santos G, Guillas G, Bertsch J, Duclos M, Boutron-Ruault MC, et al. Recent recreational physical activity and breast cancer risk in postmenopausal women in the E3N cohort. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention* 2014 Sep; 23(9): 1893-1902.
13. Brill PA, Macera CA, Davis DR, Blair SN, Gordon N. Muscular strength and physical function. *Med Sci Sport Exer* 2000 Feb; 32(2): 412-416.
14. Strohle A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm* 2009 Jun; 116(6): 777-784.
15. Lee G, Choi HY, Yang SJ. Effects of Dietary and Physical Activity Interventions on Metabolic Syndrome: A Meta-analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing* 2015 Aug; 45(4): 483-494.
16. Kodama S, Tanaka S, Heianza Y, Fujihara K, Horikawa C, Shimano H, et al. Association between physical activity and risk of all-cause mortality and cardiovascular disease in patients with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes care* 2013 Feb; 36(2): 471-479.
17. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2014. (Güncelleme tarihi 21 Mart 2014; Erişim tarihi: 20 Kasım 2015) Erişim adresi: [http://www.sagem.gov.tr/TBSA\\_Beslenme\\_Ya\\_yini.pdf](http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Ya_yini.pdf)
18. Kohl HW, Craig CL, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet* 2012 Jul 21; 380(9838): 294-305.
19. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009. [updated 2010 December 14; cited 2015 October 26]. Available from: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf)
20. Proper K, Van Mechelen W. Effectiveness and economic impact of worksite interventions to promote physical activity and healthy diet. Geneva: WHO; 2008.
21. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010. [updated 2010 November 17; cited 2015 October 24]. Available from:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf)

- 22.** World Health Organization. Health-enhancing physical activity (HEPA) policy audit tool (PAT). Version 2. Geneva: WHO; 2015. [updated 2015 November 11; cited 2016 January 4]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/286795/Healthenhancing\\_physical\\_activityHEPAPolicy\\_audit\\_toolPATVersion\\_2.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/286795/Healthenhancing_physical_activityHEPAPolicy_audit_toolPATVersion_2.pdf)
- 23.** Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. 2 ed. Demirel H, Kayihan H, Özmert EN, Doğan A, editors. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Kuban Matbaacılık Yayıncılık; 2014.
- 24.** Tarakcı E, Ersöz Hüseyinsinoğlu B, Çiçek A. Çocuklarda Fiziksel İnaktivite, Obezite ve Koruyucu Rehabilitasyon Yaklaşımları-Derleme. Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi. Güncelleme tarihi; 21 Nisan 2015 Erişim tarihi; 18 Kasım 2015 Erişim adresi: [http://www.turkiyeklinikleri.com/inpress\\_article/tr-cocuklarda-fiziksel-inaktivite-obezite-ve-koruyucu-rehabilitasyon-yaklasimlari-71020.html](http://www.turkiyeklinikleri.com/inpress_article/tr-cocuklarda-fiziksel-inaktivite-obezite-ve-koruyucu-rehabilitasyon-yaklasimlari-71020.html) DOI:10.5336/healthsci.2015-43713
- 25.** WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Pacific Physical Activity Guidelines for Adults: Framework for Accelerating the Communication of Physical Activity Guidelines. Geneva: World Health Organization; 2008. [updated 2013 April 29; cited 2015 October 30]. Available from: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/pacific\\_pa\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/pacific_pa_guidelines.pdf)
- 26.** Simon HB. Exercise and Health: Dose and Response, Considering Both Ends of the Curve. The American journal of medicine 2015 Nov; 128(11): 1171-1177.
- 27.** Physical Activity Guidelines for Americans. Washington: U.S. Department of Health and Human Services; 2008. p.54-56.
- 28.** Bouchard C, Blair SN, Haskell W. Physical Activity and Health-2nd Edition: Champaign IL: Human Kinetics Inc; 2012. p.345-357.
- 29.** Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V, Gienger AL, Lin N, Lewis R, et

al. Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review. Jama 2007 Nov 21; 298(19): 2296-2304.

- 30.** Tudor-Locke C, Hatano Y, Pangrazi RP, Kang M. Revisiting "how many steps are enough?". Med Sci Sports Exerc 2008 Jul; 40(7 Suppl): S537-543.
- 31.** Hultquist CN, Albright C, Thompson DL. Comparison of walking recommendations in previously inactive women. Med Sci Sports Exerc 2005 Apr; 37(4): 676-683.
- 32.** Warburton DE, Katzmarzyk PT, Rhodes RE, Shephard RJ. Evidence-informed physical activity guidelines for Canadian adults. Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique 2007; 98 Suppl 2: S16-68.
- 33.** Soares-Miranda L, Siscovick DS, Psaty BM, Longstreth WT, Jr., Mozaffarian D. Physical Activity and Risk of Coronary Heart Disease and Stroke in Older Adults: The Cardiovascular Health Study. Circulation 2016; 133: 147-155.
- 34.** Soleymani T, Daniel S, Garvey WT. Weight maintenance: challenges, tools and strategies for primary care physicians. Obesity rev 2016; 17(1): 81-93.
- 35.** Physical Activity Guidelines Advisory Committee (PAGAC). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Washington DC: US Department of Health and Human Services 2008.
- 36.** Adamsen L, Midtgaard J, Rorth M, Borregaard N, Andersen C, Quist M, et al. Feasibility, physical capacity, and health benefits of a multidimensional exercise program for cancer patients undergoing chemotherapy. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer 2003 Nov; 11(11): 707-716.
- 37.** Galvao DA, Newton RU. Review of exercise intervention studies in cancer patients. Journal of clinical oncology 2005; 23(4): 899-909.



## Türkiye’de Ebelik Eğitiminin Güncel Durumu Current Situation of Midwifery Education in Turkey

Tülay YILMAZ<sup>a</sup> Hacer KARANİSOĞLU<sup>b</sup>

**ÖZET** Bu derleme, Türkiye’deki ebelik eğitiminin güncel durumunu ortaya koymak amacı ile yazılmıştır. Türkiye’de lisans düzeyinde ebelik eğitimi veren 36 ebelik bölümü vardır. Yüksek Öğretim Kurulu Türkiye genelinde ebelik lisans eğitiminin, teorik ve klinik eğitimlerinin, standart olması için kriterler belirlemiştir. Fakat her bölüm bu kriterler doğrultusunda farklı müfredat uygulamaktadır. Türkiye’de 14 ebelikte yüksek lisans programı, yedi ebelikte doktora programı bulunmaktadır. Ebelik mesleğinde akademik ilerlemenin yolunun açılmış olması ebe akademisyen sayısının artmasına katkı sağlayacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Ebelik, lisans eğitimi, lisansüstü eğitim, müfredat, öğrenciler, öğretim

**ABSTRACT** This review was studied so as to put forward the current situation of midwifery education in Turkey. There are 36 midwifery divisions giving midwifery licence education in the universities in Turkey. Council of Higher Education has stated criterions to maintain the standardisation of theoretical and clinical educations of midwifery licence education in Turkey. However, every midwifery division is applying a different curriculum in the light of these criterions. There are fourteen midwifery masters degree and seven midwifery PhD degree programs in different universities in Turkey. The accomplishment of these postgraduate programs in midwifery profession will increase the number of academic staff in midwifery education.

**Key Words:** Midwifery, undergraduate, postgraduate, curriculum, students, teaching

Geliş Tarihi / Received: 29-05-2015 / Kabul Tarihi / Accepted: 15-01-2016

<sup>a</sup> Sorumlu Yazar Adres/ correspondence: Yard. Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, e-mail: tulaymert@hotmail.com

<sup>b</sup> Prof. Dr., Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

**Atf:** Yılmaz T, Karanisoğlu H. Türkiye’de Ebelik Eğitiminin Güncel Durumu. 2016 ;3(1):73-77.

**To cite this article:** Yılmaz T, Karanisoğlu H. Current Situation of Midwifery Education in Turkey. HSP 2016;3(1):73-77.

### GİRİŞ

Ülkemiz için ebelik en eski kadın meslekleri arasında yer almaktadır. Önceleri usta-çırak ilişkisi ile öğrenilirken, 1800’lü yıllarda formal eğitime geçilmiş, 1996 yılında ise lisans düzeyinde eğitim verilmeye başlanmıştır.<sup>1</sup> Üniversitelerde sağlık yüksekokulları ve fakültelere bağlı olmak üzere 2014-2015 eğitim-öğretim yılı için 36 ebelik bölümü bulunmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na göre; 2012-2013 eğitim-öğretim yılı için, 34 ebelik bölümünde, toplam 8.328 öğrenci eğitimlerine devam etmekte, ebelik bölümlerinin eğitim kadrolarında 56 öğretim elemanı görev yapmakta ve öğretim elemanı başına 148,7 öğrenci düşmektedir.<sup>2</sup>

T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) verilerine göre; Türkiye’de çalışan 53.427 ebe bulunmaktadır.<sup>2</sup>

Bu ebelerin %49’unun hastanede, %25’inin aile hekimliği birimlerinde, %26’sının ise diğer kurumlarda çalıştıkları belirtilmektedir.<sup>2</sup> Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organization for Economic Co-operation and Development - OECD)’nün yayınladığı “Bir bakışta sağlık raporu” na göre; 2011 yılı için Türkiye’de 100.000 kadın başına düşen ebe sayısı 140,1’dir.<sup>3</sup> Bu rapora göre Türkiye 32 ülke arasında, İzlanda (175,1) ve İsveç (148,5)’ten sonra, 100.000 kişi başına düşen ebe sayısı açısından en yüksek orana sahip ülkeler arasında üçüncü sıradadır.<sup>3</sup> Bu derleme, Türkiye’deki lisans ve lisansüstü ebelik eğitiminin güncel durumunu ortaya koymak amacı ile yazılmıştır.

## TÜRKİYE'DE EBELİK EĞİTİMİ

Türkiyede ebelik eğitimi lisans, yüksek lisans ve doktora olmak üzere üç düzeyde verilmektedir.

### Türkiye'de Ebelikte Lisans Eğitimi

Türkiye'de 18 Ocak 2014 yılında çıkan kanun ile ebelikte lisans eğitimi ile ilgili yeni bir düzenleme yapılmıştır. Bu düzenlemede lisans düzeyinde ebelik eğitimi almak isteyen kişilerin, 12 yıllık temel eğitimin ardından üniversite giriş sınavında fakültelerin veya yüksekokulların ebelik bölümüne girebilecek yeterli puanı almış olması gerekmektedir. Daha sonra ebelik bölümüne yerleştirilenler dört yıllık lisans eğitimlerini tamamlayabilirler.<sup>4</sup>

Türkiye'de üniversitelerin ebelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksekokullarından mezun olan ve diplomaları T.C. SB tarafından tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında ebelik ile ilgili bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları SB'nce tescil edilenlere ebe ünvanı verilmektedir.<sup>5</sup>

Dünya genelinde meydana gelen gelişmeler yükseköğretimin yeniden yapılandırılmasını gerekli kılmış ve bu durum ebelik eğitimini de etkilemiştir. Bu gelişmelerden biri, Avrupa Birliği (AB)'nin 30 Eylül 2005 tarihinde, aralarında ebelerin de bulunduğu 7 mesleğin "Mesleki Niteliklerin Karşılıklı Tanınması"nın sağlanmasına yönelik yayınlanan 2005/36/EC sayılı direktifidir. Bu direktif doğrultusunda Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) ebelik eğitimi müfredatı içeriğinde yer alması gereken teorik dersleri (Tablo 1) ve öğrencilerin yapması gereken pratik uygulamaları (Tablo 2) belirlemiştir.<sup>4,6</sup> Ebelik bölümündeki lisans öğrencilerine YÖK tarafından belirlenen müfredat doğrultusunda temel bilimler, gebelik, doğum ve yenidoğan ile ilgili dersler verilmektedir. Ayrıca hem sahada hem de hastanelerin kadın doğum ile ilgili servis, poliklinik ve doğumhanelerinde pratik uygulamalarını tamamlamaları sağlanmaktadır.<sup>6,7</sup> Bunlara ek olarak öğrenciler eğitimleri sırasında bazı ek derslerle desteklenmektedirler.<sup>6,7</sup>

Diğer bir gelişme ise, 1998 yılında Avrupa ülkelerinin ortak bir yükseköğretim alanı yaratma amacıyla başlattıkları ve Türkiye'nin de içinde olduğu Bologna Süreci'dir. Bologna Süreci üye olan ülkeler arasında kolay anlaşılır ve birbiriyle karşılaştırılabilir yükseköğretim diploma ve dereceleri oluşturmak, yükseköğretimde lisans, yüksek lisans ve

doktora olmak üzere üç aşamalı sisteme geçmek, Avrupa Kredi Transfer Sistemi (AKTS)'ni uygulamak, öğrencilerin ve öğretim elemanlarının hareketliliğini sağlamak ve yaygınlaştırmak, yükseköğretimde kalite güvencesi sistemleri ağını uygulamak ve yaygınlaştırmak ve yükseköğretimde Avrupa boyutunu geliştirmek amacı gütmektedir.<sup>8</sup> Bologna süreci kapsamında lisans öğrencilerinin, bu dört yıllık süreçte, AKTS'ye göre 240 puanı tamamlamaları gerekmektedir.<sup>8</sup> International Confederation of Midwives (ICM) tarafından da temel ebelik eğitim ve uygulamalarını içeren, gebelik öncesi dönemden başlayarak doğum sonrası dönem dahil kadın ve yenidoğan sağlığına yönelik konularda, ana yeterlilikler ortaya konmuştur.<sup>9</sup>

Tablo 1. Ebelik Eğitim Müfredatında Bulunması Gereken Teorik Konular

Teorik ve Teknik Eğitime İlişkin Genel Konular	Ebelik Faaliyetlerine İlişkin Özel Konular
-Temel Anatomi ve Fizyoloji -Temel Patoloji -Temel Bakteriyoloji, Viroloji ve Parazitoloji -Temel Biyofizik, Biyokimya ve Radyoloji -Yenidoğan bebek ağırlıklı Pediatri -Hijyen, Sağlık Eğitimi, Koruyucu Tıp ve Hastalıkta Erken Tanı -Kadın, yenidoğan ve bebek ağırlıklı Beslenme ve Diyetetik -Temel Sosyoloji ve Sosyo-medikal konular -Temel Farmakoloji -Psikoloji -Öğretim İlkeler ve Yöntemleri -Sağlık ve Sosyal Mevzuatı ve Sağlık Organizasyonu -Meslek etiği ve mevzuatı -Cinsel eğitim ve aile planlaması -Anne ve bebeğin yasal korunması	-Anatomi ve Fizyoloji -Embriyoloji ve fetüsün gelişimi -Hamilelik, Doğum ve Lohusalık -Jinekolojik ve Obstetrik Patoloji -Psikolojik konular dahil doğum ve ebeveynlik için hazırlık -Doğuma hazırlık (doğumda teknik ekipman bilgisi ve kullanımı dahil) -Analjezi, Anestezi ve yeniden canlandırma -Yenidoğan bebek Fizyolojisi ve Patolojisi -Yenidoğan bebek bakımı ve izlemi -Psikolojik ve Sosyal faktörler

### Türkiye'de Ebelikte Lisansüstü Eğitim

Türkiye'de ebelik bölümü lisans mezunlarını kabul eden, ebelik ya da farklı ana bilim dallarında, yüksek lisans ve doktora

programları bulunmaktadır. Lisans mezunu ebelerin bu programlara başvuruları sırasında; Akademik Personel ve Lisansüstü Eğitim Giriş Sınavı (ALES), yabancı dil, mezuniyet derecesi ve mülakat sonucuna göre aldığı puanlardan YÖK'ün belirlediği ve üniversitenin kendi kararına bıraktığı şekilde yüzdeler alınarak toplam bir puan oluşmaktadır. O dönem için alınabilecek yüksek lisans veya doktora öğrencisi kontenjanına göre taban puanı aşan öğrenciler arasından yüksek puanlı olanlar sıralanarak kontenjan dahilinde programa kabul edilmektedirler.<sup>10</sup>

Tablo 2. Ebelik Eğitiminde Öğrencilerin Yapması Gereken Pratik Uygulamalar

- En az 100 doğum öncesi muayeneyi de içerecek şekilde gebe kadınlara danışmanlık yapması,
- En az 40 gebe kadının gebelik takibini ve bakımını yapması,
- En az 40 doğumu kendisinin yapması (Doğum yapan kadın sayısı eksikliği nedeniyle bu sayıya ulaşamıyorsa, bu sayı öğrencinin 20 tane daha doğuma yardım etmesi koşulu ile 30'a indirilebilir.),
- Makat doğuma aktif olarak katılması (Makat doğum mümkün olmadığı takdirde simülasyon yapılarak çalışılmalıdır.),
- Epizyotomi uygulaması ve dikiş ile başlaması (Bu, teorik bilgi verme ve klinik pratiği içerir. Dikiş pratiği, epizyotomi sonrası veya basit perianal yırtılmalara dikiş atılmasını içerir. Gerekirse bu durum simülasyon şeklinde yapılabilir.),
- Gebelik, doğum ya da doğum sonrası dönemde risk altında olan 40 kadını izlemesi ve bakım yapması,
- En az 100 lohusayı ve sağlıklı yeni doğan bebeği izlemesi ve bakımını yapması (muayene dahil),
- Özel bakım gerektiren, prematüre, postmatüre, düşük doğum ağırlıklı veya hasta bebekler dahil olmak üzere; yeni doğan bebek gözlemini ve bakımını yapması,
- Jinekolojik ve obstetrik patolojisi olan kadınların bakımını yapması,
- Tıbbi ve cerrahi bakımın içinde yer alması (Bu, teorik eğitim ve klinik uygulamayı içermelidir.) gerekmektedir.

### Ebelikte yüksek lisans programları

Yüksek lisans programlarının amacı; lisans mezunlarının ileri düzeyde bilgi sahibi olmalarını sağlamak, bilgilerini güncellemek, meslek sorunlarına ilişkin çözüm yolları oluşturmalarını sağlamak, bilimsel araştırmalar yaparak bilgilere erişme, bilgiyi değerlendirme ve yorumlama yeteneği kazanmasını sağlamak, kanıta dayalı uygulamaları yaşama geçirmek ve geleceğin öğretim üyelerinin ve araştırmacıların yetişmesini sağlamaktır.<sup>10</sup>

Yüksek lisans programı lisans sonrası iki yıllık bir eğitimdir. Ayrıca eğitimleri en az 21 kredi, 7 adet ders, bir seminer dersi ve tez çalışmasını içermelidir.<sup>10</sup> Bolonya süreci kapsamında Türkiye Temel Yeterlilikler Çerçevesi'nde yüksek lisans öğrencilerinin eğitimleri süresince toplam 90-120 AKTS'yi tamamlamaları gerekmektedir.<sup>8,11</sup>

Ebelikte yüksek lisans eğitimi 2000 yılında başlamıştır.<sup>12</sup> Üniversitelerde yüksek lisans programına alınacak öğrenci sayıları ve kriterler önceden ilan edilir. Şu anda Türkiye'de lisans mezunu ebelerin yüksek lisansını ebelik programında tamamlayabilecekleri 14 üniversite bulunmaktadır (Tablo 3).<sup>13-26</sup> Ayrıca lisans mezunu ebeler ebelik bölümü dışında farklı alanlarda da yüksek lisans yapabilmektedirler. Yücel ve arkadaşları<sup>1</sup> 2007-2008 yıllarında ebelerin lisansüstü eğitimleri ile ilgili yaptıkları çalışmada ebelerin, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği (%35,7), Ebelik (%34,5), Halk Sağlığı Hemşireliği (%14,3) ve diğer (%15,5) bölümlerde eğitimlerine devam ettiklerini saptamışlardır.<sup>1</sup>

Tablo 3. Ebelikte Yüksek Lisans Programı Olan Üniversiteler

- Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın<sup>13</sup>
- Atatürk Üniversitesi, Erzurum<sup>14</sup>
- Celal Bayar Üniversitesi, Manisa<sup>15</sup>
- Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas<sup>16</sup>
- Ege Üniversitesi, İzmir<sup>17</sup>
- Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir<sup>18</sup>
- İnönü Üniversitesi, Malatya<sup>19</sup>
- İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul<sup>20</sup>
- İstanbul Üniversitesi, İstanbul<sup>21</sup>
- Karabük Üniversitesi, Karabük<sup>22</sup>
- Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli<sup>23</sup>
- Çukurova Üniversitesi, Adana<sup>24</sup>
- Kafkas Üniversitesi, Kars<sup>25</sup>
- İstanbul Medipol Üniversitesi<sup>26</sup>

**Ebelikte doktora programları**

Doktora programlarının amacı; kişilerin bağımsız araştırma yapma, bilimsel olayları geniş bir bakış açısı ile irdeleme, yorum yapma ve yeni sentezlere ulaşmak için gerekli adımları belirleme yeteneği kazandırmaktır.<sup>10</sup> Doktora programı yüksek lisans sonrası dört yıllık bir eğitimidir. Bu eğitim süreci en az 21 krediyi tamamlayabileceği, 7 adet dersi, yeterlilik sınavını, tez önerisini ve tez çalışmasını içermektedir.<sup>10</sup> Bolonya süreci kapsamında Türkiye Temel Yeterlilikler Çerçevesi'nde doktora öğrencilerinin 180-240 AKTS'yi tamamlamaları gerekmektedir.<sup>8,11</sup>

Ebelikte doktora programı 2013 yılında başlamıştır. Bu durum ebelikte akademik kadronun güçlendirilmesine yönelik olumlu bir gelişmedir. Ülkemizde yedi üniversitede ebelikte doktora programı bulunmaktadır (Tablo 4).<sup>13,14,15,18,21,25,27</sup> Daha önceki yıllarda ebelikte doktora programı olmadığı için ebelerin doktora eğitimlerini, Yücel ve ark. (2013)'larının yaptıkları araştırmaya göre, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği (%53,8), Tıp Fakültesi Halk Sağlığı (%23,1), Halk Sağlığı Hemşireliği (%15,4) ve diğer (%7,7) bölümlerde yaptıkları belirlenmiştir.<sup>1</sup>

Tablo 4. Ebelikte Doktora Programları

1. Ege Üniversitesi, İzmir<sup>27</sup>
2. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir<sup>18</sup>
3. İstanbul Üniversitesi, İstanbul<sup>21</sup>
4. Atatürk Üniversitesi, Erzurum<sup>14</sup>
5. Celal Bayar Üniversitesi, Manisa<sup>15</sup>
6. Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın<sup>13</sup>
7. Kafkas Üniversitesi, Kars<sup>25</sup>

**SONUÇ VE ÖNERİLER**

Türkiye'de ebelik eğitiminin lisans düzeyinde verilmektedir ve buna devam edilmesi gerekmektedir. Son yıllarda yaşanan olumlu gelişmelere rağmen eğitim hala istendik düzeye ulaşmamıştır. Ülke genelinde standart bir ebelik eğitimi müfredatı bulunmamaktadır. Oluşturulacak standart müfredat programı; ebe ünvanı almış olanların görev, yetki ve sorumluluklarını yerine getirebileceği, ICM'in çizdiği çerçevede, Bolonyo Süreci'nde yer alan amaçlar ve hedefler kapsamında, AB kriterleri doğrultusunda ve YÖK'ün belirlediği kriterlerin gerçekleştirilebileceği bir içeriği kapsamalıdır. Ebe akademisyen sayısının artması için yüksek

lisans ve doktora programlarının artarak devam etmesi gerekmektedir.

**Kaynaklar**

1. Yücel, U., Ekşioğlu, A., Demirelöz, M., Baykal Akmeşe, Z., Çakır Koçak, Y. ve Soğukpınar, N. (2013). Profile analysis of post graduate education of midwifery in Turkey [Türkiye'de ebelik lisansüstü eğitim profilinin incelenmesi]. *International Journal of Human Sciences*, 10(1), 1342-1354.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, Ankara, 2014. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: [http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/t.c.\\_saglik\\_bakanligi\\_saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2013.pdf](http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/t.c._saglik_bakanligi_saglik_istatistikleri_yilligi_2013.pdf)
3. OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)
4. Resmi Gazete Tarihi: 02.02.2008 Resmi Gazete Sayısı: 26775. Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: [http://www.yok.gov.tr/web/guest/icerik/-/journal\\_content/56\\_INSTANCE\\_rEHF8BI sfYRx/10279/18093](http://www.yok.gov.tr/web/guest/icerik/-/journal_content/56_INSTANCE_rEHF8BI sfYRx/10279/18093)
5. Resmi Gazete Tarihi: 18.01.2014 Resmi Gazete Sayısı: 28886. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/01/20140118-1.htm>
6. Yazıcı, S. "Midwifery Students' Demographic Characteristics And The Effect Of Clinical Education On Preparation For Professional Life In Turkey", *Nurse Education in Practice*, Nov;10(6), p: 367-73, (2010)
7. Yazıcı, S. "Ebelik Mesleğini Nasıl Yok Ediyoruz?", *Sağlıkta Düşünce Dergisi*. Sayı 12, s: 12- 15, (2009)

8. Turan A, Kaplan M, Barlak D, Laçın E, Akın P, Unvan C, Sağlam E ve Aslan S. (2010). Yüksek Öğretimde Yeniden Yapılanma: 66 Soruda Bologna Süreci Uygulamaları. Editör (Armağan Erdoğan). Yüksek Öğretim Kurulu, Görsel Tanıtım, Ankara. (Erişim Tarihi: 06 Temmuz 2015) Erişim Adresi: [https://www.yok.gov.tr/documents/10279/30217/yuksekogretimde\\_yeniden\\_yapilanma\\_66\\_soruda\\_bologna\\_2010.pdf/f3ec7784-e89d-4ee0-ad39-9f74532cd1dc](https://www.yok.gov.tr/documents/10279/30217/yuksekogretimde_yeniden_yapilanma_66_soruda_bologna_2010.pdf/f3ec7784-e89d-4ee0-ad39-9f74532cd1dc)
9. International Confederation of Midwives (ICM), (Erişim Tarihi: 06 Temmuz 2015) Erişim Adresi: <http://www.internationalmidwives.org/knowledge-area/icm-publications/icm-core-documents.html>
10. Resmi Gazete Tarihi: 01.07.1996 Resmi Gazete Sayısı: 22683. Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: [http://www.yok.gov.tr/web/guest/icerik/-/journal\\_content/56\\_INSTANCE\\_rEHF8BIsfYRx/10279/17377](http://www.yok.gov.tr/web/guest/icerik/-/journal_content/56_INSTANCE_rEHF8BIsfYRx/10279/17377)
11. Türkiye Yüksek Öğretim Yeterlilikler Çerçevesi, (Erişim Tarihi: 06 Temmuz 2015) Erişim Adresi: <http://tyyc.yok.gov.tr/?pid=36>
12. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı <http://oibs.mersin.edu.tr/bologna/?id=/programme&degree=11&program=662>
13. Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://ilan.memurlar.net/common/job/advert/documents/31114/saglik.pdf>
14. Atatürk Üniversitesi, Erzurum. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://www.atauni.edu.tr/#!sayfa=saglik-bilimleri-enstitusu-anabilim-dallari>
15. Celal Bayar Üniversitesi, Manisa. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://saglikbe.cbu.edu.tr/akademik/anabilim-dallari.1729.tr.html>
16. Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://www.cumhuriyet.edu.tr/bolum.php?cubid=z8Tg4tTp19Toyemyopqcx9v1OuHZ3Nlnpoc=&Dil=&bolumkodu=410200253>
17. Ege Üniversitesi, İzmir. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://sbe.ege.edu.tr/lisansustu-programlarimiz/>
18. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://sbe.ogu.edu.tr/icerik.aspx?ID=4>
19. İnönü Üniversitesi, Malatya. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://ilan.memurlar.net/common/job/advert/documents/29050/malatya2014-2015-saglik-bilimleri.pdf>
20. İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://www.istanbulbilim.edu.tr/saglik-bilimleri-enstitusu.php?sc=d&W=1280>
21. İstanbul Üniversitesi, İstanbul. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://saglikbilimleri.istanbul.edu.tr/saglik-bilimleri-yukse-lisans/>
22. Karabük Üniversitesi, Karabük. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://sabien.karabuk.edu.tr/>
23. Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://sagbil.kocaeli.edu.tr/?p=programs>
24. Çukurova Üniversitesi, Adana. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://www.cu.edu.tr/tr/detay.aspx?pageId=813>
25. Kafkas Üniversitesi, Kars. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://www.kafkas.edu.tr/kau/TR/duyuru/universitemiz-Saglik-Bilimleri-Enstitusu-Bunyesinde-Ebelik-Bolumu-Yukse-Lisans-ve-Doktora-Programlarinin-Acilmasina-Yonelik-Basvuru-YoK-Tarafindan-Onaylanmistir>
26. İstanbul Medipol Üniversitesi, (Erişim Tarihi: 06 Temmuz 2015) Erişim Adresi: <http://www.medipol.edu.tr/Sayfa/8001/Yukse-Lisans-Programi/Ebelik.aspx>
27. Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://www.iasyo.ege.edu.tr/detay.php?SayfaID=51&action=haber>

## Boşanmanın Ebeveyn ve Çocuk Üzerindeki Etkileri The Effects of Divorce on Parents and Children

Leyla ERDİM<sup>a</sup> Ayşe ERGÜN<sup>b</sup>

**ÖZET:** Aile birliğinin yapısal, duygusal ve ruhsal açıdan bölünmesine neden olan boşanma, ailedeki tüm bireyler için özellikle de çocuklar için karmaşık olan yeni bir durumun başlangıcıdır. Bu nedenle bu olumsuz durumdan en fazla zarar görenler çocuklardır. Boşanma sonrası çocuk ya da adolesanda; düşük benlik saygısı, okulda başarısızlık, terk edilme kaygısı, yoğun korku ve kaygı, değersizlik hissi, birlikte olduğu ebeveynini suçlama ve ona karşı saldırganlık, az soru sorma ve az oyun oynama, suça yönelme, gelecekte evlilik yapma ve çocuk sahibi olma konusunda olumsuz duygu ve düşüncelerin taşınması gibi çeşitli psiko-sosyal sorunlar görülebilmektedir. Hemşireler boşanan çiftlerin çocuklarının yaşadıkları sorunları ele alıp, bu konuda anne babaya destek olabilirler. Aileye ve çocuğa yeterli zaman ayırarak, duygularını paylaşarak, ailenin boşanma sonrası yeni rollerine hazırlanmasına yardımcı olabilirler, çocuk ve adolesanların yaş dönemlerine göre bu durum karşısında aktif başa çıkma yöntemlerini tanımlarını ve kullanmalarını sağlayabilirler. Okullarda çocuk ve adolesanlara yönelik müdahale programları oluşturabilirler. Çocukların ebeveyn, arkadaş ve tanıdık bir yetişkin desteğini almaları konusunda yardımcı olabilirler. Ayrıca toplumsal kurum ve kaynaklar hakkında güncel bilgiye sahip oldukları için gerektiğinde çocuk ve ebeveynlere rehberlik yapabilirler. Bu makalede, boşanmanın aile ve çocuk sağlığına etkileri ve hemşirenin rolleri incelenerek hemşirelerin bu konudaki farkındalıklarının artırılması amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Boşanma, çocuk, ebeveyn, hemşirelik.

**ABSTRACT:** Divorce leads to the structural, emotional, and psychological separation of the family and in turn, refers to the beginning of a new status for all family members and for children in particular. Therefore, children are mostly affected from this negative situation. Following divorce, children or adolescents may exhibit various psychosocial problems such as low self-esteem, academic failure, separation anxiety, intense fear and anxiety, feelings of unworthiness, accusing or attacking the parent they live with, asking less questions and playing less, delinquency, and having negative opinions about getting married and having children in the future. Nurses can support parents by handling the problems children encounter following divorce. They can help families express and share their feelings as well as preparing them for their new roles by sparing enough time for the family and the children. Nurses can provide that children and adolescents identify and use active coping methods appropriate for their age in the face of divorce. They can also develop school based intervention programs for children and adolescents. They can help children receive support from parents, friends or other adults. Furthermore, they can guide children and adolescents when necessary since they have up-to-date knowledge on social institutions and resources. In this article, our purpose was to reveal effects of divorce to children's health and in family and to increase awareness of nurse about this topic by researching the roles of nurse.

**Keywords:** Child, divorce, nursing, parent.

Geliş Tarihi/Received: 25-12-2015/ Kabul Tarihi/Accepted: 26-01-2016

<sup>a</sup> Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, E-mail: leylaerdem@gmail.com

<sup>b</sup> Doç. Dr. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, E-mail: ayergun@gmail.com

**Sorumlu Yazar / Correspondence:** Dr. Leyla Erdim, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, e-mail: leylaerdem@gmail.com

**Atf:** Erdim L, Ergün A. Boşanmanın Ebeveyn ve Çocuk Üzerindeki Etkileri. HSP 2016; 3(1): 78-84.

**To cite this article:** Erdim L, Ergün A. The Effects of Divorce on Parents and Children. HSP 2016;3(1):78-84.

### Giriş

Boşanma, yasalar çerçevesinde yapılmış bir evliliğin yine yasal olarak sona erdirilmesidir.<sup>1</sup> Boşanma süreci, eşlerin kriz yaşadığı, her bireyde farklı seyreden önemli bir süreç olarak tanımlanır.<sup>2</sup> Değişen uzunluk ve yoğunlukta

evlilik çatışmaları ile başlayan bu süreç, ayrılık, yasal boşanma ve yeniden bir yaşantının kurulması ile devam eder.<sup>3</sup> Sürecin akut aşamasında evli çift boşanma kararı alır ve bu aşama evliliğin bozulması için yasal

başvuruların yapıldığı ve genelde babanın evden ayrılmasını içeren dönemdir. Aile içinde gerilim ve karmaşa atmosferinin hâkim olduğu bu aşama birkaç ay ile bir yıldan fazla sürebilir. Geçiş aşamasında ebeveynler ve çocuklar yeni bir aile yapısında yabancı roller ve ilişkiler üstlenirler. Bu dönemde sıkça ikamet değişimi, yaşam standardında düşüş ve yaşam tarzı değişimi, annenin daha fazla ekonomik sorumluluk yüklenmesi ve ebeveyn-çocuk ilişkisinde değişim görülür. Boşanma sonrasında ise aile istikrarlı, fonksiyonel bir aile birimini yeniden kurar. Sıklıkla yeniden evlenmeler ve buna bağlı olarak aile yaşamının tüm alanlarında değişiklikler olur. Bu nedenle boşanma bir sonuçtan daha çok bir süreç olarak tanımlanır.<sup>4</sup>

Boşanma karmaşık bir aile durumudur ve bu olaydan tüm aile üyeleri etkilenir. Kuşkusuz bunların başında anne-baba ve çocuk gelir.<sup>5</sup> Aile birliğinin yapısal, duygusal ve ruhsal açıdan bölünmesine neden olan boşanma ailedeki tüm bireyler için özellikle de çocuklar için karmaşık olan yeni bir durumun başlangıcıdır.<sup>6</sup> Boşanma anlık bir olay değildir. Yıllar içerisinde ailede değişimler meydana gelir ve çocuklar asıl boşanmadan önceki kargaşa, şiddet ve aile yapısındaki değişimlere maruz kalırlar. Aile içindeki birçok problem boşanmadan önceki dönemde ortaya çıkmakta ve bu sorunların etkileri ebeveynler arasındaki çatışmanın düzeyi ile yakından ilişkili olabilmektedir.<sup>7-9</sup>

Boşanma günümüzde çocukların sağlıklı gelişimini olumsuz etkileyen ve en sık görülen önemli bir risk faktörüdür. Aile yapısının değişmesine neden olan boşanmanın çocuklar üzerinde çok önemli yıkıcı etkileri olabilmektedir.<sup>10</sup> Boşanmayı inkâr, boşanma nedenlerine ilişkin yaşanan öfke, aileyi yeniden birleştirme çabası, hırçınlık, tedirginlik ve saldırganlığın zaman zaman eşlik ettiği bir depresyon durumu ve sonunda durumu kabullenme boşanma sonrası çocukların yaşadığı sorunlu aşamalar olarak gözlenir.<sup>6,11</sup> Boşanma sonrası çocuk ya da adolesanda düşük benlik saygısı, okulda başarısızlık, terk edilme kaygısı, yoğun korku ve kaygı, değersizlik hissi, birlikte olduğu ebeveynini suçlama ve ona karşı saldırganlık, az soru sorma ve az oyun oynama, suça yönelme, gelecekte evlilik yapma ve çocuk sahibi olma konusunda olumsuz duygu ve düşüncelerin taşınması gibi çeşitli psiko-sosyal sorunlar görülebilmektedir.<sup>5,12,13</sup>

Boşanmış ailelerin çocukları toplumdaki riskli gruplar içinde önemli bir yer tutmaktadır. Hemşireler sağlık kurumlarında ya da okullarda bu çocuklara yönelik koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini geliştirmede önemli rol oynar. Bu makalede, boşanmanın aile ve çocuk sağlığına etkileri ve hemşirenin rolleri incelenerek hemşirelerin bu konudaki farkındalıklarının artırılması amaçlanmıştır.

### **Boşanmanın Ebeveynler Üzerindeki Etkileri**

Boşanma, aile yaşam döngüsü içinde gelişen ve aile üyelerinin rollerinde önemli değişimlere yol açan, psikolojik dengeyi bozan kriz durumudur.<sup>5,14</sup> Yangın, sel ve savaş gibi kriz dönemlerinde ebeveynler öncelikle bu durumdan çocuklarını kurtarma eğilimindedirler. Ancak boşanmada çocukların iyilik hali ebeveynler tarafından sıklıkla ikinci plana atılır ve ebeveynler çocuklarının ihtiyaçlarına karşı daha duyarsız ve tepkisiz kalabilir. Aile büyükleri ve komşular gibi sosyal çevrede bulunan insanlar ölüm ve benzeri kriz durumlarında çocukların bakımını üstlenme gibi bazı konularda aileye yardımda bulunabilirken boşanmadan sonra yardım için oturmuş sosyal normlar bulunmamaktadır. Aile sıklıkla dağınmış durumdadır, maddi kaynakları, yaşam ve iş düzenleri dramatik olarak değişir. Ailenin her bireyi değişik bir rol ve kimlik alır.<sup>15,16</sup>

Boşanma ile birlikte eşler hayatlarının en önemli olaylarından biri olan evliliği yürütememiş, şu veya bu sebepten dolayı başarısız olmuşlardır.<sup>17</sup> Bu nedenle ebeveynlerin sorunlarla başa çıkma becerileri azalabilmektedir. Ebeveynler kendi duygu, ihtiyaç ve yaşamlarında meydana gelen değişimlerle daha fazla meşgul olabilir ve çocuklarına yeterli desteği veremeyebilirler. Çocuklarına bakım verme, disiplin sağlama, başka krizlere karşı duygusal destek verme gibi ebeveynlik becerileri azalabilir. Çocuğun beraber yaşadığı ebeveyn (genellikle anneler) yeni bir işe girip çalışmaya başlayabilir, ev dışında daha fazla zaman geçirebilir ve bu nedenle çocuklarını yabancı ortamlarda bakıcılara veya okuldan sonra yalnız bırakabilirler.<sup>3,11</sup>

Bazen de ebeveyn kendini yalnız ve korkmuş hissedebilir ve eksik ebeveynin yerine çocuğunu koyabilir. Ebeveyn, çocukla yoğun ilişki geliştirerek, kendi isteklerinden vaz geçip, çocuğa karşı aşırı izin verici olabilir ya da çocuğu aşırı sınırlandırabilir. Bu bağımlılık

çocuğa çok daha fazla yük yükler. Yanı sıra ebeveynler çocuklarına duygusal destek veremedikleri ve yeterli güven duygusu sağlayamadıkları için fazlaca suçluluk duygusu yaşayabilirler. Boşanma sonrası çocuğun birlikte yaşamaya başladığı ebeveyni ile olan yaşamında düzensizlik, baskıcı tutumlar, hem ebeveyn hem de çocukta sinirsel durumda artış, ebeveynlik becerilerinde ve yetilerinde azalma, yeterli disiplin sağlanamaması ve ev rutinlerinde bozulmalar görülebilir. Velayet ve ziyarete yönelik sorunlar da yaşanabilir. Velayet almayan ebeveyn çocuğu ile ayrı mekânlarda görüşmeye hazır olmayabilir veya çocuklarının gelebileceği uygun bir ikamet sahip olmayabilir. Bu yaşam düzenini ileriki yıllarda da devam ettirme konusunda endişeleri olabilir.<sup>2,3,13</sup>

### **Boşanmanın Çocuklar Üzerindeki Etkileri**

Boşanmanın çocuk üzerindeki etkisi çocuğun yaşı, cinsiyeti, boşanma sonrası ebeveyn çocuk ilişkisi ve ebeveynlik bakımının niteliği, çocuğun yaşam kalitesindeki değişimler (okul ve yaşanan semtin değişimi), ebeveynlerin yeni partnerleri veya yeniden evlenmesi gibi birçok faktöre bağlıdır. Boşanma eşler arasında dostça ve anlaşarak olsa bile çocuklar ebeveynlerin ayrılmasını kayıp yaşama, üzüntü ve güçlükler karşısında kendini korunmasız hissetme gibi duyguları içeren bir olay olarak hatırlarlar.<sup>3-5,18</sup> Bazı çocuklar ebeveynlerinin durumundan utanç duyabilir ve sosyal açıdan damgalanma nedeniyle benlik saygıları negatif yönde etkilenebilir. Özellikle ailelerinin dağılmasından kendilerini sorumlu tutuyorlarsa kendilerini diğer çocuklardan farklı, değersiz veya sevmeye layık olmayan biri olarak algılayabilirler.<sup>3,4,11,18</sup>

Boşanan ailelerin çocukları birçok kayıp yaşar. Problemler karşısında onlara destek verecek, ilişkilerini yeniden düzenlemeleri için yol gösterecek, zorluklar karşısında sığınabilecekleri ebeveyn modellerini barındıran ailelerinin temel yapısını kaybetmişlerdir. Boşanmadan sonra çocuklar iki ailenin yapısını birleştirmeye çalışmaktadırlar. Boşanan ailelerin çocukları daha az destek, daha az kural, daha katı disiplin, daha az izlenme ve çocuğa daha bağımlı olunması gibi ebeveynlikte olacak değişimlere uyum sağlamak zorunda kalırlar.<sup>16,19,20</sup>

Anne ve babası erken yaşlarda ayrılan çocuk yaşam tarzının değişmesi, yaşadığı evden ayrılma, beğenilmeyen bir semte taşınması,

okulunu ve arkadaşlarını değiştirmek zorunluluğu, ebeveynlerinden birinin evden uzaklaşması, yakın geleceğini tahmin edememe ve sosyo-ekonomik problemler gibi birçok sosyal değişimler ile başa çıkmak zorunda kalır.<sup>16,21</sup> Dolayısıyla anne babası boşanan çocuklar birden fazla zorluk ile karşılaşılır. Boşanmış aile çocukları boşanmamış aile çocukları ile karşılaştırıldığında daha düşük okul başarısı, davranışsal ve duygusal problemler gösterme, daha düşük benlik saygısı ve kendine güven ile sosyal ilişkilerde zorluk çekme konusunda daha çok risk altındadırlar.<sup>22</sup> Çocuklukta tecrübe edilen zorlukların sayısı arttıkça gelecekte depresif bozuklukların, madde kullanımı bozukluklarının ve intihar girişimlerinin de oranı artmaktadır.<sup>23</sup> Çocuk ihtiyaç duyduğunda ebeveynlerini beraberce yakınında bulamamakta, hatta çoğu zaman babanın çocuğun hayatındaki yeri ve önemi azalabilmektedir.<sup>17</sup>

Boşanmanın çocuklar üzerindeki negatif etkilerinin yanı sıra bazı pozitif etkileri de bulunmaktadır. Başarılı bir boşanma sonrası tek ebeveynli veya yeniden oluşturulmuş bir aile hem ebeveynlerin hem de çocukların yaşam kalitesini arttırabilir. Çatışma bittiyse çocuğun bir veya iki ebeveyni ile daha iyi ilişkileri başlayabilir veya bazı çocuklar sorunlu ebeveyni ile daha az temasa geçebilir. Aile ortamındaki istikrar ve o ortamda çatışan ebeveynlerin olmaması çocuğun uzun vadedeki iyilik halini olumlu yönde etkileyebilir.<sup>3,11</sup>

### **Boşanmayı Çocuklara Söylemek**

Ebeveynler çocuklarına boşanma kararlarını söyleme konusunda ikilem yaşayabilirler. Birçok ebeveyn okul öncesi çağıdaki çocukları ile boşanmayı ve gelecekteki yaşamlarında meydana gelebilecek değişim konusunda konuşmayı atlayabilirler. Çocuklar bu konuya hazırlanmadıkları zaman aynı evde yaşamaya devam etseler bile evden ayrılan ebeveynlerinin gidişi konusunda kafa karışıklığı yaşayabilirler. Çocuk bu durumda kendini doğrunun söylenmesinden daha zor başa çıkılan belirsiz ve rahatsız bir konumda hisseder. Mümkünse boşanma ile ilgili ilk açıklama ebeveyn ve çocukların hepsini kapsayan önceden planlanmış bir aile toplantısında anne ve babası tarafından birlikte yapılmalıdır. Buna her bir çocukla tek tek konuşarak devam edilmelidir. Bu konuşmalar için gerekli zaman ayrılmalı ve bu konuşmalar bir tartışmadan sonra değil sakin bir zamanda yapılmalıdır. Konuşmalar sırasında



çocuklarına sarılan veya dokunan ebeveynler sıcaklık ve güven duygusu oluştururlar. Eğer ebeveynlerden biri evden ayrılmışsa toplantıya katılmak için gelmelidir. Eğer gelmeyi kabul etmiyorsa o olmadan da toplantı en az bir saatlik zaman ayrılarak mutlaka yapılmalıdır. Açıklamalar dolaysız, dürüst, açık ve çocukların gelişim düzeylerine uygun ifadeler seçilerek tarafsız olarak yapılmalıdır. Yapılan açıklamaların içeriğinde çocukların yaşı uygunsa boşanmanın nedeni ve boşanmanın çocukların suçu olmadığı bilgisi de yer almalıdır.<sup>3,24</sup>

### **Çocukluk Dönemlerinde Boşanmaya Bağlı Görülen Tepkiler**<sup>3,7,11,13,16,21</sup>

#### **Bebeklik dönemi**

- Ebeveynlerin ruh haline göre iştah kaybı, mide rahatsızlığı
- Anne yoksunluğunun etkileri
- Huzursuzluk artışı
- Yeme, uyuma ve boşaltım sorunları
- Bağlanma sürecinde bozulma

#### **Oyun çocukluğu dönemi (1-3 yaş)**

- Yalnız bırakılma, terkedilme ve unutulma korkusu
- Tanıdık oyuncaklarını arama
- Sinirli ve uyumsuz davranışlar
- Ağlama nöbetleri
- Boşanma için kendini suçlama
- Huzursuzlukta artış, sızlanma, sinir krizleri
- Regresif davranışlar (örn; başparmağı emme, boşaltım kontrolünün kaybı gibi.)
- Ayrılık anksiyetesi

#### **Okul öncesi dönem (3-5 yaş)**

- Terkedilme korkusu yaşama
- Boşanma için kendini suçlama, kendine güvende azalma
- İnsan ilişkileri ile ilgili kafa karışıklığı yaşama
- Başkalarıyla ilişkilerinde (örn; kardeşler, ebeveynler) daha agresif davranma
- Boşanmayı anlamak için fantezi kurma

#### **Erken okul çağı (5-6 yaş)**

- Kayıp, reddedilme, suçluluk ve sadakat karmaşası gibi duygular yaşama

- Cezalandırılması gerektiğini düşünme
- Kaza yapmaya eğilim
- Depresyon yaşama
- İştah kaybı, uyku bozuklukları (örn; kâbus görebilir) yaşama
- Bazı hislerini sözlere dökme ve boşanma ile ilgili bazı değişimleri anlayabilme
- Anksiyete ve agresyonda artış

#### **Orta okul çağı dönemi (6-8 yaş)**

- Kayıp duyguları yaşama (ebeveyn kaybı, ilgi kaybı, para ve güvenli gelecek kaybı gibi.)
- Derin üzüntü, depresyon, korku ve güvensizlik duyguları yaşama
- Terk edilme ve reddedilme duyguları taşıma
- Panik tepkileri, gelecek korkusu yaşama
- Ebeveynlere kızgınlığını göstermede zorlanma
- Ebeveynlerin barışmasını çok isteme
- Daha az oynama ve dış mekân aktivitelerinden daha az zevk alma
- Okul başarısında düşme
- Akran ilişkilerinde değişme (patronluk taslama, kolay kızma ve çıkarıcı olma)
- Sık ağlama, iştah kaybı, uyku bozuklukları
- Günlük rutin davranışlarında bozulma, unutkanlık

#### **Geç okul çağı dönemi (9-12 yaş)**

- Öfke duygularını gösterebilme, bir veya her iki ebeveynine çok kızma, sadakat duygularında bölünme yaşama
- Boşanma nedeniyle kendini suçlama, üzüntü, utanç, rahatsızlık hissetme
- Kayıp duygusu yaşama, yalnızlık, ebeveynlerin biri veya ikisinin iyiliği konusunda endişe duyma
- Reddedilme, terkedilme duyguları yaşama ve geleceği için endişe duyma
- Destek görmediği duygusunu yaşama, daha az bakım alıyor ve korunuyor gibi hissetme
- Konsantrasyon gücü çökme ve okul performansında düşme (matematik, okuma gibi.)
- Somatik şikâyetler (karın veya baş ağrısından şikâyet etme)

- Dışa yönelim veya içe yönelim türü davranış problemleri gösterme
- Ebeveynlerinin tekrar birleşeceğini umma, yaşam standardında düşüş yaşama
- Yalan söyleme ve hırsızlık gibi davranış problemleri gösterme, suç işleme riskinde artma
- İstismar edilme riskinde artma (örn; ebeveyni ile birlikte yaşayan biri veya üvey babası tarafından)
- Boşanmayı daha gerçekçi anlama
- İntikam alma isteği (sorumlu tuttuğu ebeveyni cezalandırma isteği, ebeveynlerinin davranışından utanma)
- Akran ilişkilerinin değişmesi, katı tavırlar gösterme

#### Adolesan dönemi (12-18 yaş)

- Öfke, üzüntü, yalnızlık, güçsüzlük, utanç, suçluluk, anksiyete, depresyon ve hayal kırıklığı gibi duygular yaşama
- Giden ebeveynin kendini terk ettiğini düşünme, isyankâr davranışlar gösterme
- Ebeveynlerinin çatışmasından kendini ayrı tutabilme
- Ağır kayıp duygusu yaşama (ailenin kaybı, çocukluğunun kaybı)
- Kendisi, ebeveynleri ve kardeşleri hakkında endişelenme
- Aile ve arkadaşlarından uzaklaşma
- Cinsel kimlikte bozulma

#### Boşanan Çiftler İçin Öneriler

Boşanma sonrası çiftler arasında artık ortak yaşama dair bir paylaşım kalmamıştır. Ancak ebeveynler yaşamdaki en önemli ortaklıkları olan çocukları konusunda uzlaşmalıdır.<sup>6</sup> Boşanmanın çocukları üzerindeki olumsuz etkilerini göz önünde bulundurarak sağlıklı gelişimleri için çocuğun iyiliğini ön planda tutmalıdırlar. Çocuklar bu olumsuz durum karşısında duygularını ifade edebilmelidirler. Çocuklar suçluluk ve başarısızlık duygusuna sahip olabilirler veya kötü davranışları için cezalandırıldıklarını düşünebilirler. Kendilerini öfkeli ve rahatsız hissedebilirler. Bu durumda duygularını cezalandırılma korkusu olmadan dışa vurmalarına izin verilmelidir. Ayrıca korku ve terkedilme hisleri de olacaktır. Hayatlarında tutarlılık ve düzene ihtiyaçları vardır. Nerede yaşayacaklarını ve onlara kimin bakacağını, kardeşleriyle birlikte olup olmayacaklarını ve

yaşamak için yeterli para olup olmayacağını bilmek isterler. Çocuklar ayrıca doğum günü ve tatiller gibi özel günlerde ne olacağını, okul aktivitelerine iki ebeveynin de gelip gelmeyeceğini merak edebilirler. Çocuklar, ebeveynler birbirlerini sevmeyi bıraktıysa kendilerinin de sevilmeyeceğini düşünebilirler. Bu dönemde sevgi ve güven ihtiyaçları çok fazladır.<sup>3</sup> Ebeveynler boşanmanın çocuklar üzerindeki yıkıcı etkilerini azaltabilmek için aşağıdaki önerileri uygulayabilirler:

1. Çocuklara gelişim düzeylerine uygun olarak, boşanma ve boşanmanın nedenleri açıklanmalıdır. Açıklamayı anne ve baba birlikte aynı zamanda yapmalıdır.
2. Ebeveynler çocuklarına boşanmanın onların suçu olmadığı konusunda güvence vermelidir. Bu ifade gerekirse çok sık tekrarlanmalıdır.
3. Hangi ebeveyn evden ayrılacaksa çocuklara önceden haber verilmelidir (istismarcı bir ebeveyn yoksa ve güvenlik endişesi bulunmuyorsa).
4. Çocuklara boşanmadan sonraki aile düzeni hakkında bilgi verilmelidir (örn; kim kiminle yaşayacak, nerede yaşayacak) ve ziyaret konusu açık ve dürüstçe konuşulmalıdır.
5. Ebeveynler çocuklarından yetişkin gibi olmalarını veya davranışlarını beklememelidirler.
6. Çocuklarla para veya ekonomik konular konuşulmamalıdır.
7. Ebeveynler çocuklarından taraf tutmalarını istememeli, hatta izin vermemelidir.
8. Ebeveynler çocukları duyabiliyorken eski eşi aşağılamamalı, ancak diğer ebeveynin sorumsuz davranışlarını da örtbas etmemelidir.
9. Ebeveynler çocuklarını asla aralarına sokmamalıdır.
10. Ebeveynler birlikte kuralları koymalı ve bu konuda tutarlı olmalıdırlar.<sup>5,7,13</sup>

#### Hemşirelik Girişimleri

Boşanan ebeveyn ve çocuklar boşanma kaynaklı problemleri nedeniyle ana çocuk sağlığı merkezlerinde, okullarda, ruh sağlığı polikliniklerinde, çocuk ve adolesan polikliniklerinde hemşirelere ulaşabilirler. Birçok çocuk ve adolesanın boşanmaya olan tepkileri, fiziksel hastalıkların semptomlarına veya bunlara karşı verilen reaksiyonlara benzer.

Hemşireler boşanmanın çocuk ve adolesanlar üzerindeki olumsuz etkilerini ve onların bu duruma gösterdikleri tepkilerini fark edecek ilk sağlık profesyonelleridir. Hemşirelerin en önemli görevi bu tepki ve reaksiyonları ebeveynlerin boşanmasından kaynaklı olarak tanımlamak ve değerlendirmektir. Etiyoloji ve semptomların doğru tanımlanması ile hemşireler bu çocuk ve ebeveynlere doğru hemşirelik girişimlerini yapabilirler, onların baş etme güçlerini geliştirebilirler ve karşılaştıkları kriz durumunu yönetmelerine yardımcı olabilirler.<sup>8,16</sup>

Hemşireler boşanan çiftlerin çocuklarının yaşadıkları sorunları ele alıp, bu konuda anne babaya destek olabilirler. Ebeveynlere yaş dönemlerine göre çocuk gelişimini anlatabilirler. Boşanmanın bu süreci nasıl etkilediğini, çocuk ve adolesanların bu duruma ne tür tepkiler verebilecekleri konusunda ebeveynleri bilgilendirebilirler. Aileye ve çocuğa yeterli zaman ayırarak, duygularını paylaşarak, ailenin boşanma sonrası yeni rollerine hazırlanmasını sağlayabilirler. Ebeveynlere sorunlarla aktif başa çıkma yöntemlerini kullanma konusunda yardımcı olabilirler. Çocuklarının sağlıklı gelişimi için varsa aralarındaki çatışmaları sınırlandırmaları, disiplin ve çocuk bakımı konusunda anlaşmalarının önemini vurgulayabilirler.

Hemşireler çocuk ve adolesanların yaş dönemlerine göre bu durumla aktif başa çıkma yöntemlerini tanımlarını ve kullanmalarını sağlayabilirler. Çocuk ve adolesanlara okullarda terapi şeklinde müdahale programları (pozitif okul deneyimi ve okula bağlılık gibi) oluşturabilirler. Ebeveyn, arkadaş ve tanıdık bir yetişkin desteğini almaları konusunda yardımcı olabilirler. Hemşireler ayrıca çocuk ve ebeveynleri yönlendirme ve takip etmek için toplumsal kurum ve kaynaklar hakkında güncel bilgiye sahip olmalı ve gerektiğinde yönlendirme yapmalıdırlar.<sup>2,8,14</sup>

Sonuç olarak; boşanma çocuk ve adolesanları negatif yönde etkileyen olumsuz bir durumdur. Bu sürecin çocuk ve adolesanları nasıl etkilediğini ve boşanmanın bu süreci nasıl etkilediğini bilmek önemlidir. Bunun için boşanmanın, çocuklar üzerindeki etkilerini belirlemede gelişimsel bir bakış açısı yararlı olacaktır. Gelişimsel bakış açısı aynı zamanda bu etkilere yönelik yapılacak girişimler için bakım planı hazırlama, takip ve taburculuk planlamasında etkili olacaktır. Hemşireler aldıkları eğitim ve klinik uygulama deneyimleri

sayesinde bu katkıyı etkin bir şekilde verebilecek kapasiteye sahiptirler.<sup>8</sup>

### Kaynaklar

1. Demirkıran SY, Ersöz AG, Şen RB, Ertekin E, Sezgin Ö, Turğut AM, Şehitoğlu N. Boşanma Nedenlerinin Araştırılması. T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, 2009, Ankara.
2. Uyar S, Sekmen K, Ünal SA. Boşanma, aile ve çocuk. Çocuk Forumu Dergisi 2003;6(1): 41-46.
3. Hockenberry MJ. Family, social, cultural, and religious influences on child health promotion. Maternal Child Nursing Care. 5th ed. Canada: Elsevier Mosby; 2014. p.732-749.
4. Franklin Q, Mooney-Doyle K. Social, cultural, religious, and family influences on child health promotion. In: Hockenberry MJ, Wilson D, eds. Wong's Nursing Care of Infants and Children. 10th ed. Canada: Elsevier Mosby; 2015. p. 17-44.
5. Yavuzer H. Çocuk Eğitimi El Kitabı. 29. Baskı, İstanbul, Remzi Kitabevi, 2013.
6. Gürhan C. Bir kurum ve bir sistem olarak aile. Türküm S, editör. Anne Baba Eğitimi. 1. Baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Ofset; 2002. p. 1-22.
7. Kyle T. Factors influencing child health. Essentials of Pediatric Nursing. China: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 21-46.
8. Oppawsky J. The nurse sees it first the effects of parental divorce on children and adolescents. Annals of Psychotherapy & Integrative Health 2014;1-8. Available from: <http://www.annalsofpsychotherapy.com>
9. Bryner CL. Children of divorce. J Am Board Fam Pract 2001;14: 201-210.
10. Tanner JL. Parental separation and divorce: Can we provide an ounce of prevention? Pediatrics 2002;110(5):1007-1009.
11. Aydın RŞ. Yaşam becerileri psikoeğitim programının boşanmış aile çocuklarının uyum düzeylerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara

- Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013.
12. Şentürk Ü. Aile kurumuna yönelik güncel riskler. *Aile ve Toplum* 2008; 10(4):7-31.
  13. Yavuzer H. Ana-Baba ve Çocuk. 17. Baskı, İstanbul, Remzi Kitabevi, 2004.
  14. Arifoğlu B, Öz F. Boşanmış aile çocuklarına hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2008;15(1):76-84.
  15. Kaplan M, Pruett K. Divorce and custody: Developmental implications. In: Zeanah CH, editor. *Handbook of Infant of Mental Health*. 2nd ed. New York: Guilford; 2000. p. 533-547.
  16. Perese EF. Prenatal, perinatal, and postnatal influences on brain development and functioning. *Psychiatric Advanced Practice Nursing: A Biopsychsocial Foundation for Practice*. 1st ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2012. p.80-115.
  17. Sayar K, Bağlan F. *Koruyucu Psikoloji Çocuk Eğitiminde Duygusal Rehberlik*. 6. Baskı, İstanbul, Timaş Yayınları, 2014.
  18. Aral N, Sağlam M. Ebeveynleri boşanma sürecinde olan çocuklar ile ebeveynleri ile birlikte yaşayan çocukların duygularının cinsiyete göre incelenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;1(2): 71-88.
  19. Ekşi A. Çocuğun Ruhsal Gelişiminde Annenin Önemi, Anneden Ayrılığa Tepkiler. Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011. p.38-53.
  20. Hetherington EM. The influence of conflict, marital problem solving and parenting on children's adjustment in non-divorced, divorced, and remarried families. In: A. Clarke-Stewart A, Dunn J, eds. *Families Count: Effects on Child and Adolescent Development*. New York: Cambridge University Press; 2006. p. 203-237.
  21. Fagan PF, Rector R. The Effects of divorce on America. Massachusetts Ave., N.E. Washington, D.C: The Heritage Foundation Backgrounder; 2000. Available from: <http://www.heritage.org/research/report/s/2000/06/the-effects-of-divorce-on-america>
  22. Amato PR. Reconciling divergent perspectives: Judith Wallerstein, quantitative family research, and children of divorce. *Family Relations* 2003;52(4): 332-339.
  23. Afifi TO, Enns MW, Cox BJ , Gordon J.G. Asmundson GJG, Stein MB, Sareen J. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated withadverse childhood experiences. *Am J Public Health*. 2008;98(5):946-52.
  24. Geçikli E.Boşanma, Ebeveyn ve Çocuk. T.C. lileburgaz Kaymaklığı Lüleburgaz İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü, 2012.

## Hasta Odaklı Sağlık Hizmetlerinde İletişim Communication in Patient-Centered Health Care

Banu Kumbasar<sup>a</sup>

**ÖZET** Literatürde hasta odaklı sağlık hizmetlerinin çeşitli tanımları bulunmaktadır. Genel olarak hasta odaklı sağlık hizmetleri hasta, hasta yakını ve sağlık hizmeti sunan çalışanlar arasında işbirliğine dayalı bir biçimde yürütülen, hastanın değer, ihtiyaç ve önceliklerinin dikkate alınarak sunulan sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. İşbirliği, hastanın tedavi sürecine aktif katılımı ve hastanın sorumlulukları hasta odaklı sağlık hizmetlerinde önem kazanan unsurlardır. Hasta odaklı sağlık hizmetlerinde hasta ve yakınlarının tedavi ve karar sürecine aktif katılımı beklenmektedir. Hasta ve hasta yakını tedavi sürecinin önemli bileşenleri olarak değerlendirilmektedir. Hasta birey olarak dikkate alınmaktadır, ihtiyaç ve beklentileri ön plana çıkarılmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarıyla etkin iletişim hasta odaklı sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Hastanın duygu ve düşüncelerinin açığa çıkarılması, karar alma sürecine aktif katılımı gibi unsurlar etkin iletişim ile gerçekleştirilebilir. Bu nedenle iletişim hasta odaklı sağlık hizmetlerinin önemli bir koşulu olarak değerlendirilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Etkin iletişim hasta odaklı, sağlık hizmetleri.

**ABSTRACT** There are multiple definitions of patient-centered care. Basically; patient-centered care is a partnership among patients, families and health care providers. Patient-centered care is grounded on a respect for patients needs and preferences. Collaboration, patients responsibilities and patients engagement in the care process are the common concepts in definitions of patient-centered care. Patients and families are the parts of the team. Patient is an individual and patients needs and expectations are the core of the patient-centered care. Efficient communication is the major component of the patient-centered care. Thus; communication is identified the core of the patient-centered care.

**Key words:** Efficient communication, healthcare, patient-centered.

### GİRİŞ

Hasta odaklı sağlık hizmetleri hasta, hasta yakını ve sağlık hizmeti sunan çalışanlar arasında işbirliğine dayalı bir biçimde yürütülen, hastanın değer, ihtiyaç ve önceliklerinin dikkate alındığı sağlık hizmetidir. Hasta odaklı sağlık hizmetinin odağında hasta konumlandırılır ve hasta birey olarak değerlendirilir. Hastanın kişisel ve kültürel özellikleri, yaşam biçimi, ihtiyaçları, istekleri, beklentileri, duygu ve düşünceleri dikkate alınır. Tüm bu unsurlar ışığında hastanın aktif katılımıyla birlikte tedavi süreci planlanır. Hasta ve hasta yakınları karar alma

sürecine dahil edilir. Hasta odaklı sağlık hizmetlerinde hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanları ortak amaca ulaşmayı hedefleyen bir ekibin parçasını oluşturmaktadırlar. Ortak amaç; hastaya sağlığının geri kazandırılması ve sağlığının geliştirilmesidir. Tedavi ile amaçlanan hedefler planlanır, hekim ile hastanın rol ve sorumlulukları belirlenir.

Literatüre bakıldığında hasta odaklı sağlık hizmetlerinin hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini arttırdığı, tıbbi hataları azalttığı görülmektedir. Bu nedenle hasta odaklı sağlık hizmetleri sağlığın geliştirilmesi

Geliş Tarihi/Received: 28-10-2016/Kabul Tarihi: 30-01-2016

<sup>a</sup> Yrd. Doç. Dr., İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, e-mail: [banukumbasar@gmail.com](mailto:banukumbasar@gmail.com)

**Atf:** Kumbasar B. Hasta Odaklı Sağlık Hizmetlerinde İletişim. HSP 2016;3(1):85-90.

**To cite this article:** Kumbasar B. Communication in Patient-Centered Health Care. HSP 2016;3(1):85-90.

çalışmaları açısından önemli bir şart olarak değerlendirilmektedir.

#### Kavramsal Yaklaşımlar

Hasta odaklı sağlık hizmetlerinin çeşitli tanımları bulunmaktadır. Tüm tanımlamalar önemli üç unsuru ortaya koymaktadır: İşbirliği, hastanın tedavi sürecine aktif katılımı ve hastanın sorumlulukları. Hasta odaklı sağlık hizmetlerinin çeşitli tanımları aşağıda açıklanmaktadır.<sup>1,2,3,4</sup>

Hasta odaklı sağlık hizmeti; hastanın istek, ihtiyaç ve önceliklerinin dikkate alındığı hekim, hasta ve hasta yakını arasındaki işbirliğidir. Hastanın tedavi sürecine katılması sağlanarak, doğru karar almasına yönelik ihtiyaç duyduğu tüm bilgilerin paylaşılmasıdır. Hastaya hastalığı ile ilgili danışmanlık yapılır ve ihtiyaç duyduğu destek verilir.

Hastanın ihtiyaç ve önceliklerinin dikkate alınmasıyla birlikte hastanın yaşam biçimine en uygun tedavinin uygulanması ve gerekli hizmetin verilmesidir. Hastanın özelliklerine yönelik olarak uygulanan sağlık hizmetidir. Hasta ve hasta yakını tedavi sürecinin önemli bileşenleridir. Hastanın birey olarak değerlendirildiği, ihtiyaç ve beklentilerinin ön plana çıkarıldığı sağlık hizmetidir. Stewart (2001) hasta odaklı sağlık hizmetlerinin fonksiyonlarını özetlemiştir.<sup>5</sup>

1. Hastanın sorun, kaygı ve ihtiyaçlarının açığa çıkarılması
2. Duygusal ihtiyaçları ve yaşam biçimi gibi unsurları içerir biçimde hastanın dünyasının anlaşılması
3. Hekim ve hasta arasında sorun ile ilgili ortak gerçekliğin oluşturulması
4. Sağlığın geliştirilmesi
5. Hekim ve hasta arasında sürekli ilişkinin geliştirilmesi

Gerteis, Edgman-Levitan, Daley ve Delmanco (1993) hasta odaklı sağlık hizmetlerinin boyutlarını belirlemişlerdir.<sup>5</sup>

- Hastanın değerlerine, tercihlerine ve ihtiyaçlarına saygı gösterme
- Tedavi ve bakım sürecinde bütünlük ve düzen oluşturma
- Bilgi, iletişim ve eğitim
- Fiziksel rahatlık
- Duygusal destek
- Aile ve yakınların tedavi ve bakım sürecine dâhil olması

Hasta odaklı sağlık hizmetlerini oluşturan altı temel bileşen bulunmaktadır.<sup>6</sup>

#### 1-Hastalığın tetkik edilmesi

- Hastalığın geçmişi, fiziksel muayene, laboratuvar tetkikleri
- Hastalığın boyutları (Duygular, düşünceler, beklentiler, fonksiyonlar)

#### 2-Bir bütün olarak bireyin anlaşılması

- Birey (Özgeçmiş, kişisel özellikler)
- Yaşam biçimi (Aile, meslek, sosyal destek)
- Kültürel özellikler (toplum, kültür)

#### 3-Ortak bir temele dayandırılması

- Sorunlar ve öncelikler
- Tedavi hedefleri ve yönetimi
- Hasta ve hekimin rol, sorumlulukları

#### 4-Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi

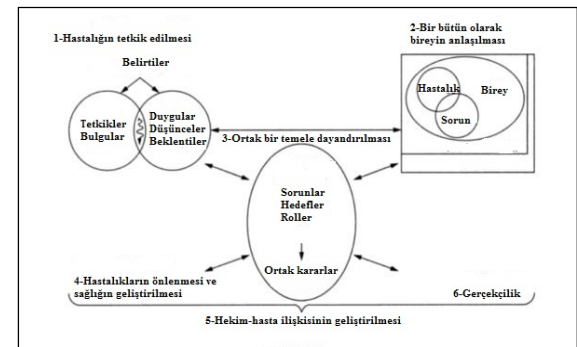
- Sağlığın iyileştirilmesi
- Risklerden kaçınma
- Risklerin azaltılması
- Erken tanı
- Komplikasyonların azaltılması

#### 5-Hekim-hasta ilişkisinin geliştirilmesi

- Merhamet, şefkat
- Özfarındalık
- Duyguların aktarımı

#### 6-Gerçekçilik

- Zamanlama
- Ekip çalışması
- Kaynakların akıllıca kullanımı



Şekil 1. Hasta Odaklı Sağlık Hizmetlerinin Bileşenleri (Brown vd., 2003; 6)

Hasta odaklı sağlık hizmetlerinin birinci bileşeni hastalığın tetkik edilmesidir. Birinci bileşen kapsamında sorun ve şikâyetler ile birlikte hastalık değerlendirilir. Hastanın

hastalık geçmişi belirlenir; fiziksel muayene ve laboratuvar tetkikleri yapılır. Bu süreçte hastanın duygu, düşünce ve beklentilerinin saptanması gerekmektedir. İkinci bileşen bir bütün olarak bireyin anlaşılmasıdır. Hasta; bir birey olarak değerlendirilir. Kişisel özellikleri, yaşam biçimi ve kültürel özellikler saptanır ve değerlendirilir. Hastalığın ve tedavinin ortak bir temele dayandırılması hasta odaklı sağlık hizmetlerinin üçüncü bileşenidir. Hastanın sorunları ve öncelikler saptanır. Tedavi ile amaçlanan hedefler planlanır ve hekim ile hastanın rol, sorumlulukları belirlenir. Dördüncü bileşen hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesidir. Erken tanı ile olası risk ve komplikasyonlar azaltılır. Hasta odaklı sağlık hizmetlerinin önemli bileşenlerinden beşincisi hekim-hasta ilişkisinin geliştirilmesidir. Hekim-hasta arasında işbirliğine dayalı bir yakınlık oluşturulur. Altıncı ve son bileşen gerçekçiliktir. Tedavi sürecine ilişkin zaman çizelgesi oluşturulur. Mevcut kaynakların akıllıca kullanımı ve ekip çalışması son bileşende önem taşımaktadır.<sup>6</sup>

Hasta odaklı sağlık hizmetlerinde hastalığın dört boyutu önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir.

1. Hastanın duyguları, özellikle soruna yönelik endişesi,
2. Şikâyetleri ile ilgili düşünceleri,
3. Hastalığın günlük aktivitelere etkisi,
4. Hekime yönelik beklentiler hastalığın dört boyutu olarak tanımlanmaktadır.<sup>7</sup>

Hasta odaklı sağlık hizmetlerinde hastalığın dört boyutunu ortaya çıkarmak amacıyla hastaya sorulması gereken sorular aşağıda örnek vaka ile açıklanmıştır.

### **ÖRNEK VAKA<sup>7</sup>**

**Hekim:** Sizi buraya getiren sorun nedir?

**Hasta:** Son birkaç haftadır mide ağrılarım var. Endişelenmeye başladım.

**Hekim (şikâyetleri saptamak için):** Ağrı ile ilgili şikâyetleriniz nelerdir?

**Hekim (hastanın düşüncelerini öğrenmek için):** Bu ağrılara nelerin neden olduğunu düşünüyorsunuz?

**Hekim (günlük aktivitelere olan etkiyi saptamak için):** Bu ağrılar günlük aktivitetlerinizi yapmanızı engelliyor mu?

**Hekim (hastanın beklentilerini belirlemek için):** Size nasıl yardımcı olabilirim?

Sağlık hizmetlerinde hastaların genel olarak şikâyet ettiği beş temel sorun bulunmaktadır. Bu temel sorunların hasta odaklı sağlık hizmetlerinde en aza indirgenmeye çalışılması gerekmektedir:<sup>8</sup>

- Zaman: Hekim ile yapılan görüşmelerin zaman açısından yetersiz olması. Çok kısa ve aceleyle getirilen görüşmeler.
- Yetersiz açıklama: Hastaya minimal düzeyde bilgi verilmesi.
- İletişimsizlik: Göz temasının olmayışı, duyguların yansıtılmaması, hastanın önemsenmediğinin hissettirilmesi.
- Basitleştirmeme: İçeriğin hastanın anlayabileceği düzeyde sunulmaması, basitleştirilmemesi.
- Destek: Hasta ve ailesinin düşüncelerinin değersizleştirilmesi, yeterli destek sunulmaması.

Hasta odaklı sağlık hizmetlerinde dikkate alınması gereken özellikler aşağıda açıklanmıştır:<sup>9</sup>

- Sağlık hizmetine erişim: Sağlık kurumundan randevu alımını kolaylaştırmayı içermektedir. Hastaya randevu tarihini seçebilme imkanı sunulur. Görüşmenin vaktinde olması sağlanır. Bekleme süresi minimize edilir. E-posta ve aramalara zamanında yanıt verilir.
- Tedavi sürecine katılım: Hastanın tedavi sürecine dahil olması sağlanır. Tedavi ve bakım sürecine ilişkin olarak hasta ile birlikte karar alınır. Hastaya tedavi seçenekleri sunulur, rol ve sorumluluklar açıklanır ve hasta ile birlikte tedavi planı oluşturulur.
- Bilgi sistemleri: Teşhis sürecinde yapılan tetkiklere erişimi kolaylaştıran sistemler oluşturulur.
- Koordinasyon: Hasta ile ilgili bilgilerin sağlık hizmeti sunan çalışanlar arasında paylaşımı sağlayacak bir düzen oluşturulur.
- Geri bildirim imkanı: Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak hastalardan geri bildirim almaya yönelik araştırmalar yapılır. Düşük maliyetli, web tabanlı ve hasta odaklı anketler kullanılır.

### Hasta Odaklı İletişim

Hasta odaklı sağlık hizmetleri; sağlık hizmeti sunan profesyoneller, hastalar ve aileleri arasında işbirliğine dayalı, hastanın ihtiyaç ve beklentilerine saygı gösterilmesi ile birlikte ortak karar alınmasını gerektiren sağlık hizmetidir. Hasta odaklı sağlık hizmetlerinde hasta ve yakınlarının tedavi ve karar sürecine aktif katılımı beklenmektedir.<sup>10</sup> Epstein ve Street'e göre hasta odaklı iletişim aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır:<sup>11</sup>

- Hastanın bakış açısını açığa çıkarma ve anlama (endişeler, düşünceler, beklentiler, ihtiyaçlar, duygular)
- Hastayı psikososyal ve kültürel bağlamda anlama
- Hastanın sorunlarını anlama ve değerleriyle uyumlu bir tedavi sürecini planlama

Hasta odaklı iletişimin temel fonksiyonları aşağıda belirtilmiş ve Tablo 1'de açıklanmıştır:<sup>11</sup>

- Hasta ile yakınlık oluşturma
- Bilgi toplama
- Bilgi sunma
- Karar alma
- Duygulara karşılık verme
- Hastalık ve tedavi yönetimi

Hasta odaklı iletişimde hekim ve hasta arasında dayanışma oluşturulmalı ve işbirliği sağlanmalıdır. Hasta, ailesi ve sağlık hizmeti sunan çalışanlar teşhis ve tedavi sürecinin önemli parçasını oluşturmaktadırlar. Hasta odaklı iletişimin dört temel değişkeninin dikkate alınması gerekmektedir:

1. Paylaşılan dil ve iletişim,
2. Paylaşılan değerler,
3. Paylaşılan saygı,
4. Paylaşılan öğrenme.

Dört temel değişken aşağıda açıklanmıştır.<sup>12</sup>

**Paylaşılan dil ve iletişim:** Hastanın duygu, düşünce ve değerleri açığa çıkarılır. Algılamayı kolaylaştırmak için hastanın sözcükleriyle basit bir dil kullanılarak hasta ile iletişim kurulur. Hastaya empatik yaklaşılır ve hasta ile işbirliği sağlanır.

**Paylaşılan değerler:** Hastanın sağlığa ve hastalığına yönelik düşünceleri değerlendirilir. Tedavi planlaması hasta ile birlikte yapılır, ortak karar alınır. Amaç ve hedefler hasta ile birlikte belirlenir.

**Paylaşılan saygı:** Hastanın bilgisine, değerlerine, duygu ve düşüncelerine saygı gösterilir.

**Paylaşılan öğrenme:** Hastaya danışmanlık yaparak hastanın öğrenmesi desteklenir. Sorunları çözmeye hastaya yardım edilir. Hastanın algılama güçlükleri belirlenir ve hastaya özel öğretme biçimleri geliştirilir.

Sonuç olarak; hasta odaklı sağlık hizmetlerinin temelinde hasta ve hasta yakınlarının olduğu unutulmamalıdır. Teşhis ve tedavi sürecine hastanın aktif katılımı sağlanmalı ve tüm değerler paylaşılmalıdır. Hasta, hasta yakınları ve sağlık hizmeti sunan çalışanlar teşhis ve tedavi sürecinin önemli parçasını oluşturmaktadırlar.

Hasta Odaklı İletişimin Fonksiyonları	Hekimin Rol-Sorumlulukları	Beceriler
Yakınlık oluşturma	-İlişki geliştirme, bağ kurma -İçten ve dürüst görünme -Karşılıklı rol-sorumlulukları tartışma -Hastanın açıklamalarına, gizliliğine, özerkliğine saygı -İşbirliği sağlama -Yükümlülükleri dile getirme -Hataları kabullenme ve hatalar için üzüntü duyma	-Hastayı uygun bir biçimde karşılama -Göz teması kurma -Etkin dinleme -Uygun dil kullanma -Hastayı konuşmaya teşvik etme -Hastayı birey olarak dikkate alma



Bilgi toplama	-Hastanın ihtiyaçlarını açığa çıkarma -Hastanın şikayetlerini biyolojik ve psikososyal açıdan ortaya çıkarma	-Açık uçlu sorular sorma -Hastanın yanıt vermesine imkan verme -Etkin dinleme -Hastanın endişelerini ortaya çıkarma -Hastanın hastalığına bakış açısını anlama -Hastalığın tüm etkilerini araştırma -Bilgiyi süzme ve özetleme -Hastanın endişelerini belirleme
Bilgi sunma	-Hastanın ihtiyaç duyduğu bilgiyi belirleme -Bilgi aktarma -Hastanın anlamasını zorlaştıracak engelleri aşma -Hastanın anlamasını kolaylaştırma -Hastaya kaynak sunma	-Sorunun doğasını açıklama -Karmaşık olmayan açıklama ve yönlendirmeler yapma -Tıbbi terimlerden sakınma -Soru sormaya teşvik etme ve anlaşılabilirliği kontrol etme -Temel mesajları vurgulama
Karar alma	-Hastaya düşünme ve karar alma fırsatı sunma -İşbirliğine dayalı eylem planı oluşturma	-Karar alma sürecine dahil olması için hastayı teşvik etme -Seçenekleri belirleme ve sunma -Hastanın tercihlerini belirleme -Anlaşmaya varma -Kaynakları belirleme -Beklenmedik durumlar için plan oluşturma
Duygulara karşılık verme	-Hastanın duygularını açığa çıkarma ve hastayı rahatlatma	-Hastanın duygularını kabullenme -Empati gösterme -Hastanın duygusal durumuna destek olma -Hastanın psikolojik sıkıntılarını değerlendirme
Hastalık ve tedavi yönetimi (Özdenetim)	-Özdenetim anlamında hastanın kapasitesini değerlendirme -Tavsiye etme -İhtiyaç duyulan desteği sunma -Sağlık sistemi ile ilgili hastaya yardımcı olma	-Davranış değişikliğine yönelik hastanın hazır olma durumunu belirleme -Hastanın hedef, düşünce ve kararlarını ortaya çıkarma

## KAYNAKLAR

1. Guastello S., Snijders M., Boland R., & Wilson P. Defining and Measuring Patient Centered Quality. In: Susan B. Frampton, Patrick A. Charnel, Sara Guastello eds. The Putting Patients First Field Guide: Global Lessons in Designing and Implementing Patient Centered Care, USA:John Wiley & Sons; 2013. p.45-69.
2. Epstein RM., & Street RL. The Values and Value of Patient Centered Care, Annals of Family Medicine; 2011: 9(2), p.100-103.
3. Constand MK., MacDermid JC., Dal Bello-Haas V., & Law M. Scoping Review of Patient Centered Care Approaches in Healthcare, BMC Health Services Research, advance online publication; 2014. doi:10.1186/1472-6963-14-271. p.271.
4. Barnsteiner J., Disch J., & Walton MK. Person and Family Centered Care, USA:Sigma Theta Tau International; 2014. p.74.
5. Brown JB., Stewart M., Weston WW., & Freeman TR. Introduction. In: Moira Stewart, Judith Belle Brown, W. Wayne Weston, Ian R. McWhinney, Carol L. McWilliam, & Thomas R. Freeman eds. Patient-Centered Medicine Transforming the Clinical Method, UK:Radcliffe Medical Press; 2003. p.5-7.

6. Brown JB., Weston WW., Stewart M. Understanding Both the Patient's Disease and Illness Experience. In: Judith Belle Brown, W. Wayne Weston & Moira Stewart eds. Challenges and Solutions in Patient Centered Care: A Case Book, UK: Radcliffe Medical Press; 2002. p.3.
7. Stewart M. Questions about Patient Centered Care: Answers from Quantitative Research. In: Moira Stewart, Judith Belle Brown, W. Wayne Weston, Ian R. McWhinney, Carol L. McWilliam, & Thomas R. Freeman eds. Patient-Centered Medicine Transforming the Clinical Method, UK:Radcliffe Medical Press; 2003. p.264.
8. Davis K., Schoenbaum SC., & Audet AM. A 2020 Vision of Patient Centered Primary Care, *Journal of General Internal Medicine*; 2005; 20(10), p.953-957.
9. Apker J. Communication in Health Organizations, UK:Polity; 2011. p.196-198.
10. King A., & Hoppe RB. Best Practice for Patient Centered Communication: A Narrative Review, *Journal of Graduate Medical Education*; 2013; 5(3), p.385-393.
11. Dreeben O. Patient Education in Rehabilitation, USA:Jones and Bartlett; 2010. p.55.