

E-ISSN 2148-5348
ISSN 1300-0853

sted

'Bilimsel
ve Dostça'

SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ | JOURNAL OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINI | THE PUBLICATION OF TURKISH MEDICAL ASSOCIATION



MAYIS	MAY
HAZİRAN	JUNE
2016	2016
CİLT 26	VOLUME 26
SAYI 3	ISSUE 3

1





Kurucu Yayın Yönetmenleri / Founding Editors

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Yayın Yönetmenleri / Editors

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Assistant Editors

Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Dr. Aylin Sena Beliner

Bilimsel Danışma Kurulu / Advisory Board

Acil Tıp / Emergency Medicine

Doç. Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer

Prof. Dr. Hamit Hancı

Aile Hekimliği / Family Medicine

Dr. Mehmet Özen

Beslenme ve Diyetetik / Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalikoğlu

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Figen Şahin

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Adnan Yüce

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatric Psychiatry

Prof. Dr. Bahar Gökler

Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

Tıp Tarihi ve Etik / Medical History and Ethics

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Physical Medicine and Rehabilitation

Doç. Dr. Deniz Erdoğan

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Hakan Şen

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Yılmaz Yıldız

Halk Sağlığı / Public Health Medicine

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Sakarya

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

Kadın Hastalıkları ve Doğum / Gynaecology and Obstetrics

Doç. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları / Otorhinolaryngology

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Dr. Arif Onan

Tıp Eğitimi / Medical Education

Prof. Dr. Melih Elçin

Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Prof. Dr. M. Raşit Tükel

Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Yeter Canbulat

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is published bimonthly by the Turkish Medical Association for the continuing education of the physicians working at the primary health care services.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini ve Türkiye Atıf Dizini içinde yer almaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is indexed by TUBITAK Turkish Medical Database and Citation Index of Turkey.

Yayın İdare Merkezi ve İletişim Adresi

Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil Sok. No: 2 Kat: 4, 06570
Maltepe/Ankara

Tel: 0 (312) 231 31 79 (pbx) | Faks: 0 (312) 231 19 52 - 53
<http://www.ttb.org.tr/STED/> | sted@ttb.org.tr

Basım Yeri: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.
Tel: 0 312 397 16 17 / Adres: Macun Mah. Anadolu Bulvarı Mesa
Plaza No: 5/15 Gimat-Yenimahalle / Ankara
Vergi Dairesi: Ostim Vergi Dairesi No: 144 005 6234-Ticaret Sicil
No: 131/133 -

Baskı Tarihi: Temmuz 2017



Merhaba,

Dr. Duygu Arıkan ve arkadaşları "**Yenidoğan Bebek Sahibi Ailelerin Guthrie Tanılama Testi Hakkında bilgi Düzeyinin Belirlenmesi**" isimli çalışmalarında ailelerin topuktan kan almanın önemli bir test olduğunu ve yararlı bilgiler sağladığını düşündüklerini saptamışlar. Doğum yapan bütün ailelerin Guthrie Tanılama Testi için çocuk kliniğine başvurduğu ve Guthrie tanılama testi ilgili bilgi sahibi oldukları ancak istenilen düzeyde olmadıkları bulunmuş.

Dr. Tuba Uçar ve arkadaşları "**Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları ve Şiddet Davranışları**" isimli

çalışmalarında öğrencilerde geleneksel toplumsal cinsiyet rollerinin fiziksel şiddeti onaylamayı artırdığını saptamışlar.

Dr. Sema Uçak ve arkadaşları "**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniğindeki Son 10 Yıllık Mortalite Nedenlerinin İrdelenmesi**" isimli çalışmalarında genel dahiliye kliniğinde son on yıl içinde ölen hastaların mortalite nedenlerini genel olarak ülkemizden bildirilen nedenlere uyumlu olduğunu saptamışlar.

Dr. Nükhet Kırış ve Manolya Ercan "**Yaşlı Bireylerde Düşmeden Korunma Davranışları ve Etkili Olan Faktörlerin Belirlenmesi**" isimli çalışmalarında yaşlıların düşmeye karşı korunma davranışlarının geliştirilmesi gerektiğini, düşmeden korunmada hem ev içi hem de hastane özelliklerinin yeniden düzenlenmesi gerektiğini ileri sürmektedirler.

Dr. Füsün Sunar ve Dr. Şerife Çınar "**Hastane Çalışanlarının İş Sağlığı Ve Güvenliği**" isimli çalışmalarında hastanelerin, İş Sağlığı ve Güvenliği'ne İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği'ne göre "Çok tehlikeli işler" sınıfında değerlendirildiğini anımsatarak sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının çok yönlü olarak ele alınması gerekliliğini vurgulamaktadırlar.

Yeşim Anık ve arkadaşları "**Niçin Doğal Doğum?**" isimli çalışmalarında sezaryen doğum oranlarının azalmasına katkı sağlamak ve kadının doğumda aktif rol almasını sağlamak amacıyla perinatal dönemde gebe kadına ve ailelerine doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında, doğal doğum konusunda yeterli düzeyde bilgilendirme ve danışmanlık yapmanın önemini vurgulamaktadırlar.

Bilimsel ve dostça kalın.



Fotoğraf: "**Kapı**" Caner Keleş
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2016 Sergi Ödülü

Araştırma / Research

- Yenidoğan Bebek Sahibi Ailelerin
Guthrie Tanılama Testi Hakkında Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi 89
Determination of the Knowledge Level among Parents of Newborns about Guthrie Test
Dr. Duygu Arıkan, Seval Sağlık, Pınar Bekar
- Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine
İlişkin Tutumları ve Şiddet Davranışları 96
The Attitudes of University Students Regarding Gender Roles and Violent Behaviours
Dr. Tuba Uçar, Dr. Yeşim Aksoy Derya, Tuba Karaaslan, Özgül Akbaş Tunç
- Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İç Hastalıkları Kliniği'ndeki Son 10 Yıllık Mortalite Nedenlerinin İrdelenmesi 104
*The Examination of the Causes of Mortality in Internal Medicine Clinic of
Health Sciences University Umraniye Training and Research Hospital during the Last 10 Years*
Dr. Sema Uçak, Dr. Rıdvan Sivritepe, Dr. Ayşe Nilüfer Özaydın, Dr. Damla Ortaboz,
Dr. Ecem Sevim Çalık, Dr. Arzu Çalışgan
- Yaşlı Bireylerde Düşmeden Korunma Davranışları ve Etkili Olan Faktörlerin Belirlenmesi 113
Determination of the Fall Prevention Behaviours among Elderly and Associated Factors
Dr. Nükhet Kırığ, Manolya Ercan

Derleme / Review Article

- Hastane Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği 122
Occupational Health and Safety of Hospital Workers
Dr. Füsün Sunar, Dr. Şerife Çınar
- Niçin Doğal Doğum? 127
Why Natural Delivery?
Yeşim Anık, Dr. Kamile Altuntuğ, Dr. Emel Ege

Kapak Fotoğrafi / Cover Photo



Prof. Dr. Salih Topçu

1959 Artvin – Şavşat doğumluyum. Fotoğraf çekmeye ihtisasım sırasında bilimsel yayınlara koymak için radyoloji fotoğrafı çekme ile başladım. Değişik yarışmalarda fotoğraflarım ödül alınca sürdürdüm. Kuş fotoğrafları çekmeyi seviyorum. Çeşitliliğini değil de hareket ve davranışlarını görüntülüyorum. Bazen aynı kuşun yüzlerce fotoğrafını çekiyorum.

Kongrelerde ve fakültemizde çok sayıda fotoğraf sergisi açtım. Fotoğrafçılık kursuna gitmek için zaman kolluyorum.

Kocaeli Tıp Fakültesinde Göğüs Cerrahisi olarak çalışıyorum.

Salih Topçu "Kuşların Dansı" Salih Topçu
STED Fotoğraf Yarışması 2016 Başarı Ödülü

Yenidoğan Bebek Sahibi Ailelerin Guthrie Tanılama Testi Hakkında Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi

Determination of the Knowledge Level among Parents of Newborns
about Guthrie Test



Dr. Duygu Arıkan¹, Seval Sağlık², Pınar Bekar³

Geliş/Received : 12.08.2016
Kabul/Accepted: 21.03.2017

Öz

Amaç: Bu çalışma Guthrie tarama testi için kan alımı işlemi öncesi ailelerin yapılan işleme yönelik bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, 1 Kasım- 31 Aralık 2013 tarihleri arasında GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde doğan ve topuk kanı için Polikliniğe başvuran bebekler ve aileleri oluşturmuştur. Araştırma evrenini oluşturan tüm yenidoğan ve aileleri herhangi bir örneklem seçim yöntemine gidilmeden tamamı (n: 53) araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler gerekli etik ve resmi izinler alındıktan sonra anket ile elde edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken yüzdeler dağılım alınmıştır.

Bulgular: Annelerin %64.2' si 29-39 yaş arasındadır. Ailelerin %94.3'ü topuktan kan almanın önemli bir test olduğunu ve yararlı bilgiler sağladığını düşündükleri saptanmıştır. Ancak ailelerin %50.9'da topuktan kan alma işleminin çocuk için acı verici bir işlem olduğunu düşünmektedir.

Sonuç: Hastanemizde doğum yapan bütün ailelerin Guthrie tanılama testi için çocuk kliniğine başvurduğu ve Guthrie tanılama testi ilgili bilgi sahibi oldukları ancak istenilen düzeyde olmadıkları bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: Yenidoğan, Fenilketonüri tarama testleri, Hemşire

Abstract

Aim: This descriptive study was conducted to identify the knowledge level among parents about Guthrie screening test before taking blood samples for this procedure.

Methods: The population of this study consisted of the infants who were born in GATA Haydarpaşa Training Hospital, Obstetrics and Gynecology clinic between 1st November 2013 and 31st December 2013 and applied to the outpatient clinic for heel prick and their parents. All (n:53) of the newborns and their parents constituting the population of the research were included in the study without sampling. The data were collected by using a questionnaire after obtaining necessary approval of ethics committee and official permissions. Percentage distribution was used to assess the data.

Findings: It was found that 64.2% of the mothers were in the age range of 29 to 39. 94.3% of the parents thought that the heel prick is an important test and provides beneficial information. However, 50.9% of the parents considered that the heel prick is a painful procedure for the child.

Conclusion: It was determined that all of the parents giving birth at our hospital applied to pediatric clinic for Guthrie screening test and had the knowledge about this test, but their knowledge level was unsatisfactory.

Key words: Newborn, Phenylketonuria screening tests, Nurse

1 Atatürk Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Erzurum

2 GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, İstanbul

3 Erzincan Ü. Sağlık Yüksekokulu Erzincan

Giriş

Sağlam çocuk izlemi, birinci basamak çocuk sağlığı ve hastalıkları hizmetlerinin temelini oluşturur (1). Sağlam çocuk izlemi, yalnızca sağlıklı çocuklara verilmesi gereken bir hizmet değil, tüm çocukların büyüme ve gelişmelerinin izlendiği, sağlıklı olup olmadığının değerlendirildiği, aşı ve sağlık eğitimi gibi koruyucu uygulamalarının sunulduğu bir hizmettir. Bu hizmetten yararlanmak her çocuğun en doğal hakkıdır (2,3).

Bu hastalıkların yalnızca çok küçük bir kısmında erken teşhis ve uygun tedavi ile çocuğu sağlıklı olarak büyütme olanaklıdır. Bu nedenle yaşamın ilk günlerinde bebeğin topuğundan alınacak bir kaç damla kanla teşhis edilebilecek ve tedavi edilmediğinde ağır zekâ geriliğine neden olan hastalıklar için tarama programları geliştirilmiştir. Yenidoğan bebeklerde yapılacak taramalar ileride karşılaşılabilecek kötü sonuçları önlemek bakımından son derece önemlidir (4,5).

Gerek yenidoğan gerek daha sonraki dönemlerde, kişisel gereksinimlerin yanı sıra aile öyküsü, akraba evliliği, etnik köken, sosyo-ekonomik özellikler, coğrafi koşullarda göz önüne alınarak risk gruplarına gerekli taramalar yapılmalıdır. Akraba evliliği sonucu bireylerin genlerinden çocuklarına aktarılan metabolik hastalıklar (protein, karbohidrat ve yağ asitlerinin sentezi ya da katabolizması ile ilgili olaylar sonucu gelişen patolojik tablolar) taramalar sonucunda ortaya konur (6,7). Bu taramalar sunucunda çocuğun kalıcı nörolojik etkilenmeden kurtulması, hatta yaşamda kalması sağlanır. Çoğu yaşamın ilk iki haftası içinde ortaya çıkan bu hastalıklar sonucu, metabolik asidoz, koma, nörolojik sorunlar görülür, hatta ölüme sonuçlanabilir. Bu nedenle yenidoğan taraması tanının erken konulup diyet, hormon replasmanı ve diğer medikal tedavilerin başlanması açısından gereklidir (8).

Tarama ilk kez 1960'ların başında fenilketonüri tarama programı ile başlamıştır. Guthrie hem yüksek konsantrasyonlardaki fenilalanini saptayan bakteriyel inhibisyon yöntemini hem de kanın alındığı filtre kâğıdını geliştirmiştir (8). Türkiye'de tarama programı ilk olarak 1983'te Ankara'da pilot çalışma ile fenilketonüri insidansı araştırılarak başlamış, yüksek olduğunun saptanması üzerine

tarama programı yaygınlaştırılmıştır. Doğumdan sonraki 5-10 gün içinde birkaç damla kan ile basit ve ucuz bir yöntemle (Guthrie testi) hastalık saptanabilir. Son 20 yılda özellikle ardışık kütle spektrometrisi ve DNA analizi gibi yeni teknolojilerin taramalarda kullanılmaya başlanması ile taranan hastalıkların sayısı hızla artmakta, fenilketonüri, konjenital hipotiroidi, kistik fibrozis, orak hücre hastalığı ve dehidrojeneks eksikliği gibi hastalıklar saptanmaktadır (9).

Tarama testi için kan örneği alınmasına, gönderilmesine, testin uygulanmasına vb yönelik eksiklikler gözlenmektedir (10). Uygun olmayan kan örneği ile çalışılması sonucu yalancı pozitiflik ya da yalancı negatiflik elde edilerek çocukta geri dönüşümü olanaklı olmayan durumlar ve aynı zamanda ailede anksiyete yaratabilir (11). Ayrıca ailenin deneyim eksiklikleri ya da yanlış inanış ve bilgileri, bazen bebeğe zarar verebilecek boyutlarda olabilmektedir. Bu nedenle aileyi doğru olarak bilgilendirmek, sağlık çalışanlarının görevidir (12).

Tarama programının başarılı olması için; tarama hizmetini yürüten sağlık çalışanları çok iyi eğitilmesi, eğitilen bu personelin ailenin tarama testlerinin önemini anlaması konusunda etkinlik göstermesi, ailenin bilinçli bir biçimde kan alımını onaylaması, her yenidoğandan uygun zamanda ve uygun miktarda kan örneğinin alınması, kısa sürede tarama merkezlerine gönderilmesi gerekir (13).

Ailenin onayı ile alınabilen topuk kanı bilinçli bir seçim olmalıdır. Bu nedenle ailenin tarama testleri ile ilgili temel bilgilere sahip olması gerekmektedir. Bu bilgiler bu testin neden yapıldığı, yapılmazsa sonuçları, alınma yöntemi, çıkan sonuçların iletilmesi gibi konuları içermektedir. Bu çalışma rutin bir işlem olan Guthrie tarama testi için kan alımı işlemi öncesi ailelerin yapılan işleme yönelik bilgi düzeylerini ve eksik yönlerini belirlemeye katkı sağlayacağı düşünülerek hazırlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma rutin bir işlem olan Guthrie tarama testi için kan alımı işlemi öncesi ailelerin yapılan

işleme yönelik bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiştir.

Evren-Örneklem

Araştırma, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nde 1 Kasım 2013- 31 Ocak 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, çalışmanın yürütüldüğü yer ve zamanda GATA HEH Kadın Doğum Kliniği'nde sağlıklı doğan ve topuk kanı için Çocuk polikliniğine başvuran aileler ve bebekleri oluşturmuştur. Çalışmada herhangi bir örneklem seçim yöntemine gitmeden tüm evren araştırma kapsamına alınmıştır. Kadın Doğum Kliniği'nde doğan (N: 63), ancak katılmayı kabul eden yenidoğan ve aileler çalışmaya alınarak (N: 53) veri toplanmıştır.

Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanmasında, literatür bilgilerine (14, 15) dayanılarak araştırmacı tarafından oluşturulan bireysel özellikler (13,16) ve bilgi düzeyi ile ilgili veri anket formu (13,16,17) kullanılmıştır.

Bireysel özellikler formunda; anne ve babanın yaşı, evlenme yaşı, öğrenim düzeyi, mesleği, sosyal güvencesini, gelir düzeyi, çocuk sayısı ve konu ile ilgili eğitim alma durumunu içeren 20 sorudan oluşurken, bilgi düzeyi ile ilgili veri anketi toplam 5 konu başlığından oluşturulmuştur. Ankette Guthrie Tanılama Testi ile ilgili bilgi ve bilgi edinme kaynakları, Guthrie Tanılama Testi ile ilgili bilgi düzeyi, kan alımı ile ilgili bilgi düzeyi, kan alma izni ile ilgili bilgi düzeyi, bebekle ilgili düşünceleri, hastane ve hemşirelerle ilgili düşüncelerini içeren toplam 33 kapalı uçlu soru sorulmuştur.

Verilerin Toplanması

Resmi kurum izinleri alındıktan sonra, kurum yöneticileri ile görüşülerek, Anketler belirlenen kliniğe başvuran aileler ile rızaları alınarak, klinikte uygun bir ortamda (sessiz, uyarının az olduğu) yüz yüze görüşülerek dağıtılan formlar elden geri toplanmıştır. Araştırmada soru – cevap şeklinde hazırlanan anket formu kullanılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonuçlarının değerlendirilmesinde İstatistiksel analizler için SPSS 15 paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken yüzdelik dağılımlar alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan ailelerin bebeklerinin %54.7'si kızdır. Guthrie Tanılama Testi için hastaneye başvurma günlerinin en çok 3.gün (%32.1), sırasıyla 2.gün (%28) ve 1. gün (%17) olduğu görülmüştür. Annelerin %64.2 si 29-39, %35.8'i 18-28 yaş arasındadır. Ev hanımı olan annelerin oranı %47.2, çalışan annelerin oranı %52.8 bulunmuştur Annelerin eğitim durumlarına bakıldığında; en fazla üniversite (%64.2), en düşük eğitim durumunun ise %9.4 ile ilköğretim olduğu görülmüştür. Babaların yaş ortalaması en yüksek (%71.7) 29-39, en düşük (%13.2) 18-28'dir. Babaların çoğunlukla kamu çalışanı (%96.2) oldukları görülmüştür. Babaların eğitim durumlarına bakıldığında; en fazla üniversite mezunu oldukları (%73.6), en düşük eğitim durumunun ise ilköğretim (%3.8) olduğu görülmüştür.Çalışmaya katılanların çoğunluğunu babalar (%54.7) oluşturmaktadır. Ailelerin hepsinin sosyal güvencelerinin olduğu ve gelir seviyelerinin %45.3'ünün 1001-3000TL olduğu görülmüştür. Araştırmada ailelerin ilk çocuk sahibi olma oranının %62.3 olduğu, eşlerin çoğunlukla akraba olmadığı ve ailede genetik hastalık görülmediği (%94.3) saptanmıştır. Ailelerin çoğunluğunun topuktan kan alma hakkında şu an sahip olduğu bilgileri edindiği kaynak olarak (%56.6) çoklu kaynak (Hemşire, Hekim, Arkadaşlar ve İnternet) olduğu bulunmuştur. Aileye göre en önemli bilgi edinme kaynağını %56.6 hekim ilk, %32.1 ile hemşirelerin ikinci sırada yer aldığı görülmüştür. Guthrie Tanılama Testi ile hastalık saptanan tanıdık ya da aile üyesinin varlığının olmadığı (%96.2) bulunmuştur. Ailelerin %62.3'ünün Guthrie Tanılama Testi ile ilgili bilgisi olmadığı görülmüştür.

Tablo 1'de ailelerin %66'sının topuk kanı hakkında bilgi sahibi olduğu, %54.7'sinin ise topuk kanı ile hangi testlere bakıldığı hakkında bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir. Ailelerin topuk kanı ile bakılan Fenilketonüri testini %62.3'ünün, Konjenital hipotiroidi testini %,66'sının ve Biyotidinaz testini %79.2'sinin bilmediği görülmüştür (Tablo1).

Ailelerin %94.3'ü topuktan kan almanın önemli bir test olduğunu ve yararlı bilgiler sağladığını, %92.5'de topuktan kan alma testinin tanımlanmış bir sağlık sorununun saptanmasının

Tablo 1. Ailenin bebek sahibi olduğu zaman Guthrie Tanılama Testi ile ilgili bilgi düzeyinin dağılımı (n: 53)

Guthrie Tanılama Testi ile ilgili bilgi düzeyi	Evet		Hayır		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Topuk kanı hakkında bilgi sahibi miydiniz?	35	66	18	34	53	100
Topuk kanı ile hangi testlere bakıldığı hakkında bilgi sahibi miydiniz?	24	45.3	29	54.7	53	100
Topuk kanı ile bakılan Fenilketonüri testi hakkında bilgi sahibi miydiniz?	20	37.7	33	62.3	53	100
Topuk kanı ile bakılan Konjenital hipotiroidi testi hakkında bilgi sahibi miydiniz?	18	34	35	66	53	100
Topuk kanı ile bakılan Biyotinidaz testi hakkında bilgi sahibi miydiniz?	11	20.8	42	79.2	53	100

Tablo 2. Ailenin Guthrie Tanılama Testi (Topuk Kanı Alımı) sırasında bebekle ilgili düşüncelerinin dağılımı (n:53)

Bebekle ilgili düşünceleri	Evet		Hayır		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Topuktan kan alma testi sırasında çocuğumun risk altında olduğunu düşünüyorum	4	7.5	49	92.5	53	100
Topuktan kan alma önemli bir testtir	50	94.3	3	5.7	53	100
Topuktan kan alma çocuğum için acı bir verici bir işlemdir	27	50.9	26	49.1	53	100
Topuktan kan alma çocuğum için uzun süreli ağrı nedenidir	8	15.1	45	84.9	53	100
Topuktan kan alma çocuğumun üzerinde uzun süre kötü bir etki oluşturur	3	5.7	50	94.3	53	100
Topuktan kan alma çocuğumda enfeksiyon riski oluşturur.	9	17	44	83	53	100
Topuktan kan alma yararlı bilgiler sağlar	50	94.3	3	5.7	53	100
Topuktan kan alma tanımlanmış bir sağlık sorununun tespitini sağlar	49	92.5	4	7.5	53	100
Topuktan kan alma kısa süren bir işlemdir	38	71.7	15	28.3	53	100

sağladığını bildirmiştir. Ancak ailelerin %50.9'u topuktan kan alma işleminin çocuk için acı verici bir işlem olduğunu düşündüğü görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 3'de görüldüğü gibi çalışmaya katılan ailelerin %90.6'sı yapılan tıbbi testlerin çocuğunun sağlığı için en iyisi olduğu konusunda hastane kararlarına güvendiği ve %92.5'i hemşirelerin kendilerine soruları ile ilgili cevap

verecek bilgi ve beceriye sahip olduklarına inandıklarını bildirmişlerdir.

Tartışma

Ülkemizde çocuk ölümleri azalmakta, çocuk sağlığını tehdit eden diğer sorunlar öne çıkmaktadır. Yenidoğan konjenital hipotiroidi, fenilketonüri ve Biyotinidaz Eksikliği taraması, çocuk sağlığı konusunda öncelikli sağlık hizmetleri kapsamında koruyucu sağlık hizmetleridir (18).

Tablo 3. Ailenin Guthrie Tanılama Testi sırasında hastane ve hemşirelerle ilgili düşüncelerinin dağılımı (n:53)

Hastane ve hemşirelerle ilgili düşünceleri	Evet		Hayır		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Hastane tarafından sunulan tüm testlerin yapılmasını kabul ederim	37	69.8	16	30.2	53	100
Yapılan tıbbi testlerin çocuğum için en iyisi olduğu konusunda hastane kararlarına güveniyorum	48	90.6	5	9.4	53	100
Hemşirelerin en iyi biçimde sorularıma cevap verecek bilgi ve beceriye sahip olduklarına inanıyorum	49	92.5	4	7.5	53	100
Test sonuçlarının doğruluğundan eminim	47	88.7	6	11.3	53	100
Test sonuçlarına istediğim zaman hastaneden ulaşabilirim	51	96.2	2	3.8	53	100
Hastanenin yaptığı her testi tekrar kontrol ettirmem gerektiğini düşünüyorum	13	24.5	40	75.5	53	100

Yenidoğan tarama programı bakanlığımızın 2006/130 sayılı genelgesi ile ülke genelinde yürütülmektedir. Ülkemizde 1993 yılında Fenilketonüri ile başlayan tarama programına 2006 yılında Hipotiroidi, 2008 yılında Biotinidaz eksikliği taraması eklenerek Ulusal Neonatal Tarama Programı adı altında yürütülmektedir (19). Yaptığımız çalışmada ailelerin çoğunluğunun (%66) topuk kanı hakkında bilgi sahibi olduğu ancak topuk kanı ile hangi testlere bakıldığı hakkında ise bilgi sahibi olmadığı (%54.7) belirlenmiştir. Ailelerin topuk kanı ile bakılan Fenilketonüri testini %62.3'ü , Konjenital hipotiroidi testini %66'sı ve Biotinidaz testini %79.2'sinin bilmediği görülmüştür (Tablo 1). Bulgular ailelerin bu testleri yeterince bilmediğini



<http://www.espacio3c.com/portfolio-type/programa/page/2/>

göstermiştir. Bu bulgunun nedeni ailelere bu konuda yeterince bilgi verilmemesinden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Guthrie Tanılama Testi sırasında kan alımı ile ilgili ailelerin bilgi düzeyinin dağılımı incelendiğinde; çalışmaya katılan ailelerin %83'ü topuktan kan alma işleminin ne amaçla yapıldığını, %81.1'i yapılan bu testin çocuğunun sağlığı için önemli olduğunu, %79.2'si test için nasıl kan alınacağını, %75.5'i test sonuçlarında problem çıkarsa kendilerine geri dönüş yapılacağını bildiklerini söylemektedir. Ancak çalışmaya katılan ailelerin test sonuçlarının ne anlama geldiği, topuk kanının neden belirli bir zamanda alındığı ve sonuçların ne zaman alınacağı konusunda birbirine yakın bildirimlerde bulunmuşlardır. Kandil, taramadan sorumlu 27 hemşire ve bu dönemde doğan 402 bebek ve anneleri ile yaptığı çalışmada; kan örneği alınan annelerin 1/3'ünün bebeğinin tarandığının farkında olmadığını belirtmiştir (20). Hastanelerde doğum yapan kadınların FKÜ tarama programı uygulamaları hakkındaki bilgileri incelendiğinde, çocuğun tarandığının ve yeniden taramaya ilişkin uyarıldığının farkında olması, annenin eğitimi, çalışma durumu, yaşadığı yere göre değişiklik göstermezken, doğum öncesi bakımda FKÜ taraması hakkında bilgilendirilmesine göre farklılık gösterdiği belirtilmektedir. Kandil, FKÜ tarama programında yanlış negatif sonuçların en önemli nedeni olarak doğum sonrasında erken taburcu edilme nedeniyle kan örneğinin erken alınmasını göstermiş ve ortak bir protokol hazırlanarak

kurumlar arası standardizasyon sağlanması gerektiğini vurgulamıştır (20). Özel bir filtre kâğıdına topuktan alınan kan örneği bebek taburcu olmadan hemen önce, özellikle proteini besinler almaya başladıktan sonraki 24- 72. saatler arasında, 7 günü geçmeyecek biçimde alınması önerilmektedir. Eğer örnek ilk 24 saat içinde alınmak zorunda kalındı ise ikinci kan 48 saatlik oral beslenmeden sonra en geç bebek 1-2 haftalık olunca yeni bir örnek alınması gerektiği belirtilmektedir (13,19). Ayrıca birinci basamak hizmetlerinden faydalanmak üzere başvuran her yenidoğandan daha önce kan alınıp alınmadığına bakılmadan topuk kanı tekrar alınmaktadır (21). Bulgular sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Guthrie tarama testi için örnek alımı öncesi ailelerden bilgiler alınırken ebeveyn bilgilendirme sayfası doğrultusunda aile bilgilendirilerek "ebeveyn rıza beyanı"nın doldurulması, ailenin işlemleri reddetmesi durumunda nedeni ve imzası bu forma eklenerek gerekli birimlere iletilmesi gerekmektedir (19). Çalışmaya katılan ailelerin %88.7'si topuktan kan alma işlemini bilinçli olarak onayladıklarını ve doğru bir karar verdiklerinden emin olduklarını, %86.8'i topuktan kan alma hakkında bir karar verilmesi için yeterli zaman verildiğini, %83'ü topuktan kan alma hakkında karar verilmesi için yeterli bilgi verildiğini, %60.4'ü topuktan kan alma testinin isteğe bağlı olarak alındığını bildiğini, %58.5'i testi reddetme seçeneğinin olduğunu bildiğini ve %35.8'sinin topuktan kan alma işlemine onay



vermeleri beklendiği için izin verdiklerini bildirmişlerdir. Bulgular ailelerin bu konuda bilgi eksikliklerinin olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Çalışmaya katılan ailelerin %94,3 topuktan kan almanın önemli bir test olduğunu ve yararlı bilgiler sağladığını, %92,5'de topuktan kan alma testinin tanımlanmış bir sağlık sorununun tespitini sağladığını bildirmiştir. Ancak ailelerin %50,9'da topuktan kan alma işleminin çocuk için acı verici bir işlem olduğunu düşünmektedir (Tablo 2). Yılmaz, topuk kanı alınma sonrası bebeklerin ağlama sürelerine etki eden etmenler hakkındaki çalışmasında bebekten topuktan kan alınmasının venöz kan alımına göre daha ağırlı olduğu ve annede daha fazla endişe yarattığından bahsetmektedir (22). Ayrıca yaptığı çalışmada bebeğin kucakta tutulmasının kolay bir ağrı azaltma yöntemi olabileceğini vurgulamıştır (22).

Çalışmaya katılan ailelerin %90.6'sı yapılan tıbbi testlerin çocuğunun sağlığı için en iyisi olduğu konusunda hastane kararlarına güvendiği ve %92.5'i hemşirelerin kendilerine soruları ile ilgili cevap verecek bilgi ve beceriye sahip olduklarına inandıklarını bildirmişlerdir (Tablo 3). Kandil, çalışmaya katılan annelerin yalnızca %24.8'inin doğum öncesi bakım (DÖB) sırasında tarama konusunda bilgilendirilmiş olduğunu ve bilgilendirilen annelerin tamamına yakınının (%97), bilgiyi hemşireden aldıklarını belirtmiştir (20).

Sonuç

Ailelerin topuk kanı ile bakılan Fenilketonüri testini %62.3'ünün, Konjenital hipotiroidi testini %66'sının ve Biyotidinaz testini %79.2'sinin bilmediği görülmüştür. Ailelerin %94.3'ü topuktan kan almanın önemli bir test olduğunu ve yararlı bilgiler sağladığını, %92.5'de topuktan kan alma testinin tanımlanmış bir sağlık sorununun tespitinin sağladığını bildirmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda ailelerin doğum öncesi bakımda taramaya yönelik bilgilendirilmesi önerilebilir.

İletişim: Dr. Duygu Arıkan

E-posta: darikan@atauni.edu.tr

Kaynaklar

1. Evliyaoğlu N. Sağlam çocuk izlemi. Türk Pediatri Arşivi 2007;42(1):6-10.
2. Gür E. Sağlam çocuk izlemi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 2003;35:9-16.
3. Vitrinel A, Çiler G. Sağlam çocuk izlemi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2007;11(3):101-106
4. Özal İ. Yenidoğanda fenilketonuri ve hiperfenilalaninemi taraması. Katkı Pediatri Dergisi 2000; 21:175 -84.
5. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 10.Baskı. Cilt 2, Ankara: Sistem Ofset basımevi; 2011.
6. Özer I. Fenilketonüri örneğinde doğumsal metabolik hastalıklarda genel tedavi yaklaşımı Klinik Pediatri 2004;3(1):26-30.
7. Tokatlı A. Doğuştan metabolik hastalıklara tanısal yaklaşım, Güncel Pediatri 2006;4:133-138.
8. Bakar Tiker F. Genişletilmiş yenidoğan taraması, Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi 2012;21(4):212-23.
9. Uskun E. Akriba evlilikleri, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2001; 10(2):87-90.
10. Coşkun T. Yenidoğanlarda metabolik hastalık taramaları. Katkı Pediatri Dergisi 2000;21(2):151-174.
11. Tokatlı A. Tarama testleri. Peditride Gelişmeler. Editörler: İ.Özalp, M.Yurdakök, T.Coşkun. Sinem Ofset. Ankara 1999;370.
12. Vatandaş NS. Bebek bakımında aileye öneriler. Sted 2004;13(1):6-8.
13. Yıldız S. Guthrie tarama testi için örnek alma uygulamalarının ve test sonuçlarının değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(1):17-28.
14. Kaynak S. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bebeği yatan annelerin yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeyleri, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2011.
15. Doğan N. Annelere doğum öncesinde verilen yenidoğan bakımı ile ilgili eğitimin doğum öncesi ve doğum sonrasında değerlendirilmesi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2007.
16. Küçükkasap T. Fenilketonürideki ailenin bilgi düzeyinin hastalığın metabolik kontrolü üzerine etkisinin araştırılması ve uygun bir eğitim modeli geliştirme. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.
17. Nicholls SG. Considering consent: an analysis of factors influencing parental perceptions of decisional quality in the context of newborn screening. The Degree of Doctor of Philosophy at Lancaster University, September 2010.
18. TC. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, Yenidoğan Tarama Programı. Accessed September 07, 2016, at <http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/daire-faaliyetleri/taramalar/758-yenido%C4%9Fan-tarama-program%C4%B1.html>
19. İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü, Çocuk Ergen Kadın ve Üreme Hizmetleri Şube Müdürlüğü. Accessed November 07, 2012, at www.ihs.gov.tr
20. Kandil ÖE. İzmir Hastanelerinde Fenilketonüri Tarama Programının İşleyişini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2010; 26: 195-197.
21. Neonatal Tarama Programı, Bursa Sağlık Müdürlüğü AÇSAAP Şube Müdürlüğü. Accessed November 07, 2012, at www.bsm.gov.tr.
22. Yılmaz G, Gürakan B, Saatçi Ü. Topuk kanı alınma sonrası bebeklerin ağlama sürelerine etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2002;45:233-236.

Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları ve Şiddet Davranışları*

The Attitudes of University Students Regarding Gender Roles and Violent Behaviours



Dr. Tuba Uçar¹, Dr. Yeşim Aksoy Derya¹, Tuba Karaaslan², Özgül Akbaş Tunç³

Geliş/Received : 08.04.2016

Kabul/Accepted: 11.04.2017

Öz

Amaç: Araştırmada üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rolleri ve şiddete yönelik tutumlarını belirlemek amaçlandı.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın örneklemini İnönü Üniversitesi'nde öğrenim gören 743 lisans öğrencisi oluşturdu. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Toplumsal Cinsiyet Rollerine Tutum Ölçeği ve Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği kullanıldı. Veriler Ocak-Şubat 2012 tarihleri arasında toplandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $21,87 \pm 1,95$ olup; %61,9'u kızdır. Öğrencilerin toplumsal cinsiyet rolleri üzerine etkili olan değişkenlerin cinsiyet, öğrenim görülen bölüm, anne ve babanın eğitim düzeyi, gelir düzeyi, aile tipi ve annenin çalışma durumu olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Öğrencilerin fiziksel şiddete yönelik tutumları üzerine etkili olan değişkenlerin cinsiyet, öğrenim görülen bölüm ve annenin çalışma durumu olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Yapılan korelasyon analizinde öğrencilerin toplumsal cinsiyet rolleri geleneksel tutum puanları arttıkça fiziksel şiddeti onaylama puanlarının da arttığı belirlendi ($r = -0,35$; $p < 0,05$).

Sonuç: Öğrencilerde geleneksel toplumsal cinsiyet rollerinin fiziksel şiddeti onaylamayı artırdığı saptandı.

Anahtar sözcükler: Toplumsal cinsiyet rolü, Fiziksel şiddet, Öğrenci

Abstract

Aim: The aim of the study was to determine the attitudes of university students towards gender roles and violence.

Method: The sample of this descriptive study consisted of 743 students studying at Inonu University. Personal Information Form, Gender Roles Attitude Scale, and Attitudes Towards Violence Scale were used as the data collection tools. The data were collected between January and February 2012.

Findings: The average age of the students participated in the study was 21.87 ± 1.95 ; 61.9% were female. The variables affecting gender roles of the students were found to be gender, department being studied, educational levels of the mothers and the fathers, income level, type of family and the working status of the mother ($p < 0.05$). The variables associated with attitudes of the students towards physical violence were gender, department being studied, and the working status of the mother ($p < 0.05$). As a result of the correlation analysis, it was found that as traditional attitude scores of gender roles increased among the students, their scores of agreeing with physical violence increased ($r = -0.35$; $p < 0.05$).

Conclusion: The traditional gender roles increase the approval of physical violence among the students.

Key words: Gender role, Physical violence, Student

* Bu çalışma 11-13 Nisan 2012 tarihleri arasında Malatya'da düzenlenen 3. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

1 Yrd. Doç.; İnönü Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Malatya

2 Arş. Gör.; İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Malatya

3 Ebe; Çöşnük Toplum Sağlığı Merkezi, Malatya

Giriş

Cinsiyet ve toplumsal cinsiyet kavramları birbirleriyle ilişkili fakat anlamları ayrı olan ifadelerdir (1,2). Cinsiyet kadın ya da erkek olmanın biyolojik yönü olarak tanımlarken (2,3), toplumsal cinsiyet toplumun kadına ve erkeğe sosyo-kültürel olarak yüklediği roller ve değerler bütünüdür (3,4,5). Cinsiyet kişiyle birlikte doğar. Toplumsal cinsiyet, kazanılan bir durumdur. Özdeşleşme ve model alma gibi bir öğrenme süreci içerdiği ifade edilir (5).

Toplumsal cinsiyet rolleri, kadın ve erkeğin davranışları ve özellikleri ile ilgili beklentiler ve isteklerdir (6). Bu roller kadınlığın ve erkekliğin sosyal ortamlarda ifade edilişi olarak açıklanabilir. Bebeklere kız ya da erkek olması durumuna göre pembe ya da mavi renkli nüfus cüzdanı alınması süreci ile başlayan toplumsal cinsiyet rolleri dağılımı; aile yaşamı, sosyal yaşam, meslek ve eğitim tercihi gibi birçok alanda etkili olmaktadır (3). Toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlar, eşitlikçi ve geleneksel olmak üzere ikiye ayrılır. Eşitlikçi tutumda roller; aile ve evlilik yaşamında, sosyal ve mesleki yaşamda kadın ve erkek arasında eşit biçimde paylaşılır. Geleneksel tutumda ise; kadınların ev işleri ve aile ile ilgili konularda sorumlu olmalarıyla birlikte, mesleki anlamda erkeklerden daha düşük statü ve gelirden çalışmaları, daha düşük düzeyde eğitime sahip olmaları gibi durumlar uygun görülmektedir (4). Öte yandan erkekler kamusal alanda etkindir ve yalnızca fiziksel anlamda değil toplumsal yaşamda da güç ve iktidar sahibi olarak kabul edilmektedir (1).

Toplumsal yaşamda kadına ve erkeğe genel olarak yüklenen roller birçok alanda eşitsizliğe neden olmaktadır (7, 8). Bu eşitsizlik birçok alanda kendini gösterdiği gibi, şiddete yönelik tutumlarda da cinsiyete göre önemli farklılıklar bulunmaktadır (9,10). Diğer bir deyişle kadın ve erkeklerin şiddeti algılayış biçimleri farklıdır (11). Bireylerin şiddete yönelik tutumları çocukluk ve ergenlik dönemindeki sosyalleşme sürecinde belirginleşir (12). Farklı sosyalleşme süreçleri nedeniyle erkekler kızlara göre daha çok şiddet eğilimindedir (13).

Şiddet yaralanma, ölüm, psikolojik hasar, gelişim bozukluğu ya da yoksunlukla sonuçlanan ya da

sonuçlanma riski olan, fiziksel gücün ya da zorlamanın kendi kendine, başka bir kişiye, bir gruba ya da bir topluluğa karşı kasıtlı olarak kullanılmasıdır (14). Şiddete yönelik tutumu aile yapısı, sosyo-ekonomik durum, sosyal çevre ve medya gibi çeşitli etmenler etkilese de (10), en önemli faktör toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin geleneksel tutumdur (1,15). Üniversite gençliği, toplumsal cinsiyet rollerine yönelik algılarının değiştiği dönemde olmaları açısından (16) şiddete yönelik tutumlarının da incelenmesi önem taşır.

Üniversite gençliğinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları ile şiddete yönelik tutumlarının belirlenmesi, toplumda eşitlikçi bir tutum geliştirilmesine ve tüm yönleriyle şiddetin önlenmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Buradan hareketle bu araştırma üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ve şiddete yönelik tutumlarını saptamak amacıyla gerçekleştirildi.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Örneklemi

Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi son sınıf lisans öğrencileri oluşturdu. Örnekleme, araştırma hakkında bilgi verildikten sonra davet edilen öğrenciler arasından gönüllü olan 743 lisans öğrencisi alındı.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Ocak-Şubat 2012 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler öğrencilere yönelik Kişisel Bilgi Formu, Toplumsal Cinsiyet Rollerine Tutum Ölçeği ve Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği kullanılarak hafta içi günlerde öğrencilerin ders saatlerinin dışında toplandı. Anket formları öğrencilere gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra dağıtıldı ve doldurularak istendi. Öğrenciler tarafından doldurulan formlar araştırmacılar tarafından toplandı.

Kişisel Bilgi Formu: Bu formda öğrencilerin yaş, cinsiyet, bölüm, medeni durum, ailenin tipi, gelir düzeyi, anne/baba eğitimleri ve çalışma durumları ile ilgili toplam 10 soru yer almaktadır.

Toplumsal Cinsiyet Rollerine Tutum Ölçeği

(TCRTÖ): Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla Zeyneloğlu ve Terzioğlu (17) tarafından geliştirilen ölçek 38 maddeden oluşmaktadır.

Ölçek beşli likert tipinde olup, öğrencilerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutum cümlelerine (1, 4, 8, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27); 'tamamen katılıyor' ise 5 puan; 'katılıyor' ise 4 puan; 'kararsız' ise 3 puan; 'katılmıyor' ise 2 puan; 'kesinlikle katılmıyor' ise 1 puan olacak biçimde puanlandırılmıştır. Toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin geleneksel tutum cümleleri (2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 23, 24, 25, 28-38) ise yukarıda belirtilen puanlamanın tam tersi biçimde puanlandırılmıştır. Bu puanlama sonucuna göre, ölçekten alınabilecek en yüksek puan 190, en düşük puan ise 38'dir. Ölçekten alınan en yüksek değer öğrencinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutuma sahip olduğunu, en düşük değer ise öğrencinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin geleneksel tutuma sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach's alfa kat sayısı 0,90 olarak bulunmuştur (17). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa kat sayısı 0,88 bulundu.

Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği (ŞYTÖ): Çetin (18) tarafından ortaöğretim ve üniversite düzeyinde okuyan öğrencilerin fiziksel şiddete yönelik tutumlarının ölçülmesi amacıyla geliştirilen ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri beşli likert tipinde olup "hiç katılmıyorum", "katılmıyorum", "kararsızım", "katılıyorum", "tamamen katılıyorum" seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 50, en düşük puan ise 10'dur. Ölçekten alınan puanların artması fiziksel şiddetin onaylandığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach's alfa kat sayısı 0,85'dir (18). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa kat sayısı 0,87 bulundu.

İstatistiksel analiz

Veriler SPSS (Statistical Package for the Social Science) 16,0 for Windows yazılımı (SPSS, Chicago, IL, USA) kullanılarak değerlendirildi. Çalışma verilerini değerlendirirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U testi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için İnönü Üniversitesi Rektörlüğü'nden yazılı izin alındı ve kullanılan ölçekler hakkında öğrencilere bilgi verilerek sözlü onamları alındı.

Tablo 1. Öğrencilerin bazı bireysel özelliklerine göre dağılımı

Bireysel Özellikler	n	%
Yaş (yıl) (Ort. \pm SS) 21,87 \pm 1,95		
Cinsiyet		
Kız	460	61,9
Erkek	283	38,1
Bölüm		
Sosyal	443	59,6
Sağlık	178	24,0
Fen	122	16,4
Medeni Durum		
Evli	16	2,2
Bekar	727	97,8
Anne Eğitim Düzeyi		
Sadece okur-yazar	201	27,1
İlkokul mezunu	288	38,8
Ortaokul mezunu	114	15,3
Lise mezunu	100	13,5
Üniversite mezunu	40	5,4
Baba Eğitim Düzeyi		
Sadece okur-yazar	52	7,0
İlkokul mezunu	213	28,7
Ortaokul mezunu	123	16,6
Lise mezunu	220	29,6
Üniversite mezunu	135	18,2
Gelir Düzeyi		
Düşük	61	8,2
Orta	631	84,9
Yüksek	51	6,9
Aile Tipi		
Çekirdek aile	612	82,4
Geniş aile	120	16,1
Parçalanmış aile	11	1,5
Anne çalışma durumu		
Çalışıyor	82	11,0
Çalışmıyor	661	89,0
Baba çalışma durumu		
Çalışıyor	561	75,5
Çalışmıyor	182	24,5

Tablo 2. Öğrencilerin bazı bireysel özelliklerine göre TCRTÖ ve ŞYTÖ aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

Bireysel Özellikler	n	TCRTÖ	ŞYTÖ
Cinsiyet			
Kız	460	141,81 ± 17,20	19,57 ± 6,88
Erkek	283	119,73 ± 20,27	23,43 ± 8,87
		t= 15,860	t= -6,626
		p= 0,000	p= 0,000
Bölüm			
Sağlık	178	137,66 ± 23,13	22,24 ± 7,91
Sosyal	443	133,30 ± 19,90	20,07 ± 7,45
Fen	122	127,56 ± 22,24	22,81 ± 9,02
		F= 2,829	F= 8,581
		p=0,000	p= 0,000
Medeni Durum			
Evli	16	128,50 ± 11,29	18,18 ± 5,56
Bekar	727	133,51 ± 21,47	21,10 ± 7,95
		Z=-1,158	Z= -1,271
		p=0,247	p=0,204
Anne Eğitim Düzeyi			
Sadece okur-yazar	201	127,91 ± 19,23	21,49 ± 7,47
İlkokul mezunu	288	134,53 ± 21,30	21,14 ± 7,89
Ortaokul mezunu	114	134,16 ± 20,51	20,01 ± 7,89
Lise mezunu	100	136,42 ± 22,59	20,88 ± 8,24
Üniversite mezunu	40	143,20 ± 24,61	21,42 ± 9,53
		F= 6,370	F= 0,684
		p=0,000	p=0,603
Baba Eğitim Düzeyi			
Sadece okur-yazar	52	126,96 ± 17,64	21,15 ± 6,99
İlkokul mezunu	213	132,08 ± 20,28	21,43 ± 7,11
Ortaokul mezunu	123	133,01 ± 21,31	20,88 ± 8,81
Lise mezunu	220	133,41 ± 22,20	20,58 ± 8,24
Üniversite mezunu	135	138,31 ± 22,00	21,28 ± 8,12
		F= 3,232	F= 0,355
		p=0,012	p=0,841
Gelir Düzeyi			
Düşük	61	129,57 ± 21,96	21,68 ± 8,98
Orta	631	134,63 ± 20,81	21,14 ± 7,71
Yüksek	51	122,73 ± 23,50	19,07 ± 8,91
		F= 8,606	F= 1,824
		p=0,000	p=0,162
Aile Tipi			
Çekirdek aile	612	134,49 ± 20,86	20,94 ± 7,68
Geniş aile	120	128,42 ± 22,83	21,50 ± 8,97
Parçalanmış aile	11	126,91 ± 22,43	21,63 ± 8,93
		KW=7,538	KW=0,040
		p=0,023	p=0,980
Anne çalışma durumu			
Çalışıyor	82	138,57 ± 23,21	19,15 ± 6,79
Çalışmıyor	661	132,76 ± 21,00	21,27 ± 8,02
		t = 2,336	t = -2,292
		p=0,020	p= 0,022
Baba çalışma durumu			
Çalışıyor	561	133,28 ± 21,48	21,08 ± 8,18
Çalışmıyor	182	133,77 ± 20,83	20,93 ± 7,07
		t = -0,268	t = 0,216
		p=0,789	p=0,829

TCRTÖ: Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği, ŞYTÖ: Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği

Bulgular

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $21,87 \pm 1,95$ olup (min:19; max:34); %61,9'u kız, %38,1'i erkektir. Öğrencilerin %59,6'sı sosyal, %24'ü sağlık ve %16,4'ü fen bilimlerine ait bölümlerde öğrenim görmektedir. Öğrencilerin %97,8'inin bekar olduğu, %84,9'unun orta düzeyde gelire sahip olduğu, %82,4'ünün çekirdek aileye sahip olduğu ve %11'inin annesinin çalıştığı belirlendi (Tablo 1).

Öğrencilerin bireysel özelliklerine göre TCRTÖ ve ŞYTÖ aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmektedir.

Araştırmada öğrencilerin medeni durumu ve babanın çalışma durumu ile TCRTÖ ve ŞYTÖ'den alınan puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Ayrıca öğrencilerin anne ve baba eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve aile tipi ile ŞYTÖ'den alınan puanlar arasında da anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Öğrencilerin cinsiyetine göre TCRTÖ puan ortalamaları incelendiğinde kız öğrencilerin ($141,81 \pm 17,20$) erkeklere ($119,73 \pm 20,27$) göre daha eşitlikçi tutuma sahip oldukları ve ŞYTÖ puan ortalamalarına göre erkeklerin ($23,43 \pm 8,87$) kızlara ($19,57 \pm 6,88$) göre fiziksel şiddeti daha fazla onayladıkları belirlendi ($p < 0,05$).

Araştırmada öğrencilerin TCRTÖ puan ortalamalarına göre sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin ($137,66 \pm 23,13$) diğer bölümlerde öğrenim görenlerden daha eşitlikçi tutuma sahip oldukları ve ŞYTÖ puan ortalamalarına göre sosyal bölümlerde öğrenim görenlerin ($20,07 \pm 7,45$) fiziksel şiddeti daha fazla onaylamadıkları bulundu ($p < 0,05$).

Öğrencilerin anne çalışma durumuna göre TCRTÖ ve ŞYTÖ puan ortalamaları incelendiğinde ise annesi çalışanların daha eşitlikçi tutuma sahip oldukları ($138,57 \pm 23,21$) ve daha fazla fiziksel şiddeti onaylamadıkları ($19,15 \pm 6,79$) belirlendi ($p < 0,05$).

Tablo 3. Öğrencilerin TCRTÖ ve ŞYTÖ aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki

Ölçekler	r	p
TCRTÖ - ŞYTÖ	-0,353	0,000

Araştırmada öğrencilerin TCRTÖ puan ortalamalarına göre anne ve babası üniversite mezunu olanların (sırasıyla $143,20 \pm 24,61$; $138,31 \pm 22,00$), orta düzeyde gelire sahip olanların ($134,63 \pm 20,81$) ve çekirdek ailede yaşayanların ($134,49 \pm 20,86$) daha eşitlikçi tutuma sahip oldukları saptandı ($p < 0,05$). Öğrencilerin TCRTÖ ile ŞYTÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 3). Bu bulguya göre üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rolleri geleneksel tutum puanları arttıkça fiziksel şiddeti onaylama puanları da artmaktadır.

Tartışma

Toplumsal cinsiyet rolleri toplumun her kesiminde kadın ve erkek arasındaki ilişkileri ve cinsiyet rolleri kalıp yargılarını belirlemektedir. Toplumsal cinsiyet rollerinin yansımalarına bakıldığında, kadına her alanda karşısına çıkan sorunlar karşısında sessiz kalma, karşıdan gelen her şeyi kabullenme rolleri uygun görülürken; erkeğe sert tartışma yapma, gerektiğinde şiddet uygulama gibi davranışlar uygun görülmektedir (15). Toplum tarafından kabul gören cinsiyet rolleri ve bunun yansıması olan şiddete yönelik tutumlar bazı bireysel etmenlere göre değişiklik gösterebilir.

Araştırmamızda cinsiyetin toplumsal cinsiyet rolleri ve fiziksel şiddete yönelik tutumları etkilediği belirlendi. Kız öğrencilerin erkeklere göre daha eşitlikçi tutuma sahip olduğu ve fiziksel şiddeti onaylamadığı bulundu ($p < 0,05$). Benzer biçimde kadınların toplumsal rollerde erkeklere göre daha fazla eşitlikçi rolleri benimsedikleri (1,15,16,19,20,21) ve şiddeti onaylamadıklarını gösteren çalışma sonuçları bulunmaktadır (10,15,22). Erkek öğrencilerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin daha geleneksel tutuma sahip olmaları ve şiddet eğilimlerinin yüksek olması toplumun erkeğe yüklemiş olduğu roller ile açıklanabilir (10,15). Türk toplumunda erkeklere yüklenen geleneksel roller, ev dışında çalışma, aileleri için zorluklarla mücadele etme, evin geçiminden sorumlu olma, parasal kaynaklar üzerinde kontrol sahibi olma ve evin reisi olma gibi sorumlulukları içermektedir (21). Bu nedenle erkekler kendisini, ailede gücün ve iktidarın sahibi olarak görmektedirler (1). Dolayısıyla geleneksel roller ve şiddet türü davranışlar erkekler açısından çok kabul görmektedir.

Öğrencilerin toplumsal cinsiyet rolleri ve fiziksel şiddete yönelik tutumlarını etkileyen bir diğer etmenin öğrenim görülen bölüm olduğunu belirledik ($p < 0,05$). Sağlık alanında öğrenim görenlerin diğer bölümlerde öğrenim görenlere göre daha eşitlikçi tutuma sahip oldukları, sosyal bölümlerde öğrenim görenlerin fiziksel şiddetli daha az onayladıkları bulundu. Sis Çelik ve arkadaşları (23) sağlık bilimlerinde okuyanların eşitlikçi cinsiyet tutumlarının daha yüksek düzeyde olduğunu belirlemesi elde ettiğimiz bulguyu desteklemektedir. Sağlık alanındaki pek çok bölümde toplumsal cinsiyetin tartışılması öğrencilerin eşitlikçi tutuma sahip olmalarına neden olabilir. Sosyal bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin daha az fiziksel şiddeti onaylamaları bu bölümlerde insan davranışlarına ilişkin konuların tartışılması olabilir. Ayrıca öğrencilerin, üniversite içinde ve dışında sosyal ve kültürel yöndeki çabaları, toplumsal bütünleşme ile birlikte farklı davranış biçimlerini geliştirmelerine ve böylece öğrencilerde cinsiyet rolleri ve şiddete yönelik tutumlarda değişikliklere neden olabilir (16).

Araştırmamızda annesi çalışan öğrencilerin annesi çalışmayanlara göre daha fazla eşitlikçi tutuma sahip olduğu ve fiziksel şiddeti onaylamadığı belirlendi ($p < 0,05$). Yapılan benzer çalışmalarda

da annesi çalışan öğrencilerin daha yüksek düzeyde eşitlikçi tutuma sahip oldukları gösterilmiştir (16,21). Kahraman'ın (24) kadınların toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, kadınların %65'i toplumsal cinsiyet eşitsizliğini azaltmak için kadınların çalışması ya da eğitilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Kadınların çalışma yaşamına aktif olarak katılması geleneksel cinsiyet rollerinin değişmesine ve eşitlikçi rollerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (19,23). Geleneksel rollerden eşitlikçi rollere geçişte anne ve babaya atfedilen cinsiyet rollerindeki değişimler şiddete yönelik tutumlarda da etkili olabilir (22). Eşitlikçi tutumların sergilendiği ailelerde büyüyen çocuklarda şiddet kullanma daha az görülmektedir (1).

Araştırmamızda incelediğimiz diğer değişkenler (medeni durum, anne ve babanın eğitim düzeyi, gelir düzeyi, aile tipi ve baba çalışma durumu) öğrencilerin fiziksel şiddete yönelik tutumlarını etkilemezken, toplumsal cinsiyet rollerine yönelik tutumlarını etkileyen değişkenlerin anne ve babanın eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve aile tipi olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Eşitlikçi tutum en fazla; anne ve babası üniversite mezunu olanlar, orta düzeyde gelire sahip olanlar ve çekirdek ailede yaşayanlardan oluşturmaktadır. Toplumsal



<http://www.ajc.com/news/local/photos-outpouring-grief-after-uga-students-die-oconee-county-crash/53tLrah38aDVqk9yCRzXBL/>



SAĞLIK ORTAMINDAKİ ŞİDDETE GELİNEREN NOKTA VE SONUÇLARI

NE YAPMALI? BİRLİKTE NASIL YAPMALI ?

cinsiyet rollerine yönelik tutumların belirlenmesinde toplumsal yapıyı oluşturan çeşitli öğeler belirleyicidir. Literatür incelendiğinde çeşitli araştırmalar kadın ve erkek eğitim düzeyi (15,16,21), gelir düzeyi (16) ve aile tipi (25) gibi unsurların kişinin toplumsal cinsiyet rol kalıpları belirlemede etkisini ortaya koymaktadır. Bu araştırma sonuçları elde ettiğimiz bulgularla paralellik göstermektedir.

Toplumsal cinsiyet rollerinin aile yaşamına ilişkin yansımalarına bakıldığında kadına her alanda karşısına çıkan sorunlar karşısında sessiz kalma, özellikle evlilik ile ilgili olarak karşıdan gelen her şeyi kabullenme rolleri uygun görülürken; erkeğe sert tartışma yapma gerektiğinde fiziksel ya da psikolojik şiddet uygulama gibi davranışlar uygun görülmektedir. Bu anlamda da karşımıza en çok kadın ve çocukları etkileyen şiddet kavramı çıkmaktadır (15,21). Araştırmamızda öğrencilerin toplumsal cinsiyet rolleri geleneksel tutum puanları arttıkça fiziksel şiddeti onaylama puanlarının da arttığı belirlendi ($p < 0,05$). Kodan Çetinkaya (15) yaptığı çalışmada geleneksel cinsiyet rollerinin öğrencilerde şiddete eğilimi artırdığını bulmuştur. Özgür ve arkadaşlarının (22) yaptığı çalışmada öğrencilerin %51'i şiddet davranışlarını içinde yaşadıkları toplumdan öğrendiklerini belirtmiştir. Bu sonuçlar şiddetin oluşmasında geleneksel cinsiyet rollerinin önemli sonuçlarını göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgular öğrencilerde geleneksel cinsiyet rollerinin fiziksel

şiddeti onaylamayı artırdığını gösterdi. Öğrencilerin bazı bireysel özelliklerinin (cinsiyet, öğrenim görülen bölüm, anne ve baba eğitim düzeyi, gelir düzeyi, aile tipi ve anne çalışma durumu) toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarını ve bazı bireysel özelliklerinin de (cinsiyet, öğrenim görülen bölüm ve anne çalışma durumu) fiziksel şiddete yönelik tutumlarını etkilediği belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda; Üniversite öğrenimde öğrencilere toplumsal cinsiyet rollerine ve fiziksel şiddetin olumsuzluklarına ilişkin eğitim programlarının düzenlenmesi önerilebilir. Farklı bölgelerden katılan öğrencilerin toplumsal cinsiyet rolleri ve fiziksel şiddete yönelik tutumlarını belirlemeye yönelik çalışmalar yapılabilir.

İletişim: Dr. Tuba Uçar

E-posta: tuba.ucar@inonu.edu.tr

Kaynaklar

1. Vefikuluçay D, Zeyneloğlu S, Eroğlu K, Taşkın L. Kafkas üniversitesi son sınıf öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin bakış açıları. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;14(2):26-38.
2. Wienclaw RA. Gender differences: biology & culture. In: Salem Press, Ed. Gender roles & equality: the sociology reference guide series. 1st ed. California and New Jersey: Salem Press; 2011. p.15-16.
3. Dökmen Z. Toplumsal cinsiyet: sosyal psikolojik açıklamalar. 3.basım. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2012. s.20-1.

4. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 9.basım. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2009. s.29-30.
5. Ersoy E. Cinsiyet kültürü içerisinde kadın ve erkek kimliği (Malatya örneği). Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2009;19(2):209-30.
6. McBride DE, Parry JA. Women's rights in the USA: policydebates and gender roles. 4th Ed. New York and London: Routledge; 2014.
7. Özaydınlık K. Toplumsal cinsiyet temelinde Türkiye'de kadın ve eğitim. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2014;14(33):93-112.
8. Şimşek H. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi: Türkiye örneği. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2011;25(2):119-26.
9. Kahraman L, Kahraman AB, Ozansoy N, Akıllı H, Kekillioğlu A, Özcan A. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi toplumsal cinsiyet algısı araştırması. Electronic Turkish Studies 2014;9(2):811-31.
10. Haskan Avcı Ö, Yıldırım İ. Ergenlerde şiddet eğiliminin görülme sıklığı. Kuramsal Eğitimbilim Dergisi 2015;8(1):106-24.
11. Demir MC. The public imagery of police work from the perspective of gender: a case study of Ankara. LAP LAMBERT Academic Publishing; 2010.
12. Kızmaz Z. Şiddetin sosyo-kültürel kaynakları üzerine sosyolojik bir yaklaşım. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2006;16(2):247-67.
13. Balkıs M, Duru E, Buluş M. Şiddete yönelik tutumların öz yeterlik medya şiddete yönelik inanç arkadaş grubu ve okula bağlılık duygusu ile ilişkisi. Ege Eğitim Dergisi 2005;6(2):81-97.
14. Global status report on violence prevention 2014. World Health Organization Library Cataloguing in Publication Data. Accessed February 03, 2016, at. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/
15. Kodan Çetinkaya S. Üniversite öğrencilerinin şiddet eğilimlerinin ve toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının incelenmesi. Nesne 2013;1(2):21-43.
16. Pınar G, Taşkın L, Eroğlu K. Başkent üniversitesi öğrenci yurdunda kalan gençlerin toplumsal cinsiyet rol kalıplarına ilişkin tutumları. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008;15(1):47-57.
17. Zeyneloğlu S, Terzioğlu F. Toplumsal cinsiyet rolleri tutum ölçeğinin geliştirilmesi ve psikometrik özellikleri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2011;40:409-20.
18. Çetin H. Ergenler için şiddete yönelik tutum ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. İlköğretim Online 2011;10(1):68-79.
19. Yılmaz DV, Zeyneloğlu S, Kocaöz S, Kısa S, Taşkın L, Eroğlu K. Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin görüşleri. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009;6(1):775-92.
20. Wilde A, Diekmann AB. Cross-cultural similarities and differences in dynamic stereotypes: a comparison between Germany and the United States. Psychology of Women Quarterly 2005;29(2):188-96.
21. Öngen B, Aytaç S. Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları ve yaşam değerleri ilişkisi. Sosyoloji Konferansları 2013;48(2):1-18.
22. Özgür G, Yörükoğlu G, Baysan Arabacı L. Lise öğrencilerinin şiddet algıları, şiddet eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2(2):53-60.
23. Sis Çelik A, Pasinlioğlu T, Tan G, Koyuncu H. Üniversite Öğrencilerinin Cinsiyet Eşitliği Tutumlarının Belirlenmesi. F.N. Hem. Derg. 2013;21(3):181-6.
24. Kahraman SD. Kadınların toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. DEUHYO ED 2010; 3(1): 30-5.
25. Aylaz R, Güneş G, Uzun Ö, Ünal S. Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rolüne yönelik görüşleri. sted 2014;23(5):183-9.

Dr. Sema Uçak¹, Dr. Rıdvan Sivritepe², Dr. Ayşe Nilüfer Özaydın³, Dr. Damla Ortaboz²,
Dr. Ecem Sevim Çalık², Dr. Arzu Çalışgan⁴

Geliş/Received : 19.09.2016
Kabul/Accepted : 08.05.2017

Öz

Türkiye nüfusu yüksek doğurganlık oranları nedeniyle genç bir nüfusa sahiptir. Ancak tüm dünya da olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus oranı hızla artmaktadır. Ülkemizde yaşlı nüfus popülasyonu toplam nüfusun %8,6'sını oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun genel nüfus içerisinde böyle anlamlı bir yüzdeye ulaşması kronik hastalıkların çok sık görüldüğü bu nüfusun hekimlere başvuru sayısını, sağlık hizmeti kullanım oranlarını ve maliyetini de artırmaktadır. Çalışmamızda hastanemiz iç hastalıkları kliniğinde herhangi bir nedenden dolayı interne edilip izlem ve tedavileri sırasında eksitus olan hastaların mortalite nedenlerini irdeledik. Eksitus olan 381 hastanın 201'i erkek iken, 180'i kadın idi. Yaş ortalamaları $73,83 \pm 13,73$ idi. Hastalık tanıları incelendiğinde en sık hastalık %20,5 ile kalp ve damar sistemi hastalıklarıydı. Enfeksiyon hastalıkları en sık ikinci tanı grubu (%10,9) iken solunum sistemi hastalıkları tüm hastaların %10,4'ünde 3. sırada saptandı. Ölümün yıllara göre dağılımına baktığımızda cinsiyet açısından bir farklılığın olmadığı ve yaş gruplarına göre sınıflandırıldığında ölümlerin en çok %59,6 oranla 75 yaş üstü grupta gerçekleştiği görüldü. Sonuç olarak, genel dahiliye kliniğimizde son on yıl içinde yaşamını hastaların mortalite nedenlerinin incelendiği çalışmamızda genel olarak ülkemizden bildirilen nedenlere benzer sonuçlar saptadık.

Anahtar sözcükler: mortalite nedenleri, iç hastalıkları kliniği, yatan hasta

Abstract

Turkey has a young population due to high fertility rates. However, as in the entire world, there is a rapid increase in the proportion of elderly population in our country. The share of older people in the total population is 8,6% in our country. As the percentage of elderly population reaches such a significant level, it increases the referrals to the hospitals and the healthcare usage rates and costs of this population with too many chronic diseases. In our study, we examined the causes of mortality among the patients in our internal medicine clinic that have died for any reason during their follow-up. Of the 381 patients died, 201 were men and 180 were women. The mean age was 73.83 ± 13.73 years. The most common diagnoses were related to the cardiovascular system diseases with the rate of 20.5%. The infectious diseases were the second most common diagnosis group (10.9%), while the third was respiratory diseases found in 10.4% of total patients. There was no significant difference among gender groups with respect to the annual distribution of the deaths. When we classified deaths according to age, we have found that the most of the deaths have occurred in patients who were older than 75 years of age, with a ratio of 59,6%. As a result, diagnostic distribution of mortality among the patients who have died during the last decade in our internal medicine clinic was similar to the findings reported in our country.

Key words: Causes of mortality, Internal medicine clinic, Inpatient

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniğindeki son 10 yıllık Mortalite Nedenlerinin İrdelenmesi' başlıklı çalışmamız 9. International Congress of Internal Medicine / 9-11 March 2017/ Athens/Greece kongresinde sözlü sunum ve 18. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 12 - 16 Ekim 2016 – Antalya/Türkiye kongresinde poster olarak sunulmuştur.

1 Prof.; Sağlık Bilimleri Ü. Ümraniye Eğt. ve Arş. Hast. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

2 Sağlık Bilimleri Ü. Ümraniye Eğt. ve Arş. Hast. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

3 Doç.; Marmara Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD. İstanbul

4 Bio İst. Uzm.; Medstats Analiz ve Danışmanlık Limited Şirketi, İstanbul

Giriş

Türkiye nüfusu 2015 yılı itibarı ile 78 milyon 741 bin 53 olarak bildirilmekte ve yüksek doğurganlık ve büyüme oranları nedeniyle genç bir nüfusa sahiptir(1). Ancak geriatric nüfus tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hızla artan bir profil ile karşımıza çıkmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2015 verilerine göre ülkemizde yaşlı nüfus toplam nüfusun %8,2' sini oluşturmaktadır (2). Dünya Sağlık Örgütü 2025 yılında tüm dünyada yaşlı nüfus sayısının 1,2 milyara ulaşacağını belirtilmektedir (3). Ülkemizde geriatric nüfusun artması ve değişmekte olan hayat tarzı nedeniyle kronik hastalıklar artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 yılı ölüm nedeni istatistiklerine göre Türkiye'de ölüme sebep olan ilk altı hastalık grubu sırasıyla; dolaşım sistemi hastalıkları yüzde 40,4, maligniteler yüzde 20,7, solunum sistemi hastalıkları yüzde 10,7, endokrin-beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıklar yüzde 5,1, dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler yüzde 4,3, sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları yüzde 4,4 olarak açıklanmıştır(4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre ise 2015 yılında dünyadaki 56,4 milyon ölümün yarısından fazlasının (%54) en büyük 10 nedenden kaynaklandığını belirtilmektedir. İskemik kalp hastalığı ve inme 2015 yılında 15 milyon dünyanın en büyük katilleri arasında yer alırken aynı yıl kronik obstrüktif akciğer hastalığı 3,2 milyon kişinin ölümünden sorumlu tutuldu. Bunları 1.7 milyon ile akciğer kanseri 1.6 milyon ile diyabet izledi. 2000'den 2015 yılına kadar demans nedeniyle ölümler iki katına çıkmış ve 2015 yılında küresel ölümlerin önde gelen 7. neden haline gelmiştir. Alt solunum yolu enfeksiyonları en ölümcül bulaşıcı hastalık olarak kayda geçerken 2015'te dünya çapında 3,2 milyon ölüme neden oldu (5). Geriatric popülasyonun genel nüfus içerisinde giderek anlamlı bir yüzdeye ulaşması kronik hastalıkların çok sık görüldüğü bu nüfusun hekimlerle daha sık karşılaşacaklarını düşündürmektedir. Yaşlı bireylerin oransal olarak artması sağlık hizmeti kullanım oranlarını ve maliyetini de artırmaktadır. Toplumdaki kronik hastalıkları önlemek için yapılacak girişimlerin planlanması, izlenmesi ve etkinliğinin değerlendirilebilmesi için güncel ve güvenilir epidemiyolojik veriye gereksinim olduğundan biz de bu çalışmamızda kliniğimizdeki son 10 yıl içindeki mortalite nedenlerini irdeledik.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız tanımlayıcı retrospektif bir çalışmadır. Çalışmamızın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel dahiliye kliniğine 01.01.2005-31.12.2015 tarihleri arasında herhangi bir nedenden dolayı interne edilen ve izlemleri sırasında eksitus olan 381 olgu oluşturmaktadır. Örneklem hesabı yapılmamış olup genel dahiliye kliniğimizde eksitus olan tüm hastalar alınmıştır. Yan dal servislerine yatırılmış olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Yaşamını yitiren hastaların dosyalarından hastaneye yatış tanıları, komorbid hastalıkları, ölüm yılları, cinsiyet dağılımı, yaş dağılımları, yıllara göre ölüm hızı insidansı, sistolik ve diyastolik kan basıncı gibi vital bulguları ve yapılan yüksek dansiteli lipoprotein(HDL), düşük dansiteli lipoprotein (LDL), total kolesterol, HbA1c, kreatinin, glukoz ve C reaktif protein(CRP) düzeyleri gibi tahlilleri değerlendirildi. İstatistiksel analizde sürekli değişkenleri tanımlamak için ortalama, standart sapma, minimum, medyan, maksimum gibi deskriptif istatistikler kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlendi. Analizler MedCalc Statistical Software version 12.7.7 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <http://www.medcalc.org>; 2013) programı kullanılarak gerçekleştirildi.

Bulgular

Eksitus olan 381 hastanın 201'i (%52,8) erkek iken, 180'i (%47,2) kadın idi. Hastaların yaş ortalamaları $73,83 \pm 13,73$ idi. Yıllara göre ölüm hızı insidansı giderek artış göstermekle birlikte en fazla görüldüğü yıl 2015 (%23,9) idi. Yıllara göre ölüm hızına baktığımızda en düşük ölüm hızı yüzdesinin 2005 yılına ait olduğu görülmektedir. Bunun nedeni kliniğimize hasta yatışının Eylül 2005 yılında başlamış olması ve aynı yıl totalde 29 hasta yatışının olmasıdır (Tablo 1).

Hastaların yatış ve kronik hastalık tanıları irdelendiğinde en sık hastalık grubu %20,5 oranı ile kalp ve damar sistemi hastalıkları idi. Tüm hastalarda enfeksiyon hastalıkları en sık ikinci tanı grubu idi (%10,9). Solunum sistemi hastalıkları tüm hastaların %10,4'ünde saptanırken diğer tanı grupları sırası ile malign neoplazmlar %10, renal parankim hastalıkları %10, endokrin sistemi hastalıkları %8,9, gastrointestinal sistem hastalıkları %7,7, nutrisyonel ve metabolik hastalıklar %7,3, kas-iskelet-nörolojik bozukluklar

Yıl	Hasta sayısı	%
2005	1	0,3
2006	6	1,6
2007	26	6,8
2008	14	3,7
2009	24	6,2
2010	48	12,6
2011	53	13,9
2012	54	14,2
2013	26	6,8
2014	38	10
2015	91	23,9
Toplam	381	100

%4,5, hematolojik hastalıklar %4,1, nöropsikiyatrik bozuklukları %3,4, genitoüriner sistem hastalıkları %2,4 ve en az sıklıkla duyu organı bozuklukları %0,1 saptandı (Tablo 2).

Eksitus olan hastaların klinik özelliklerine bakıldığında hastaların %76,1'inde evre 3 ve üzeri renal hasar bulunmaktaydı ve hastaların glomerüler filtrasyon hızı(GFR) ortalaması $41,20 \pm 29,39$ mL/min/1,73 m² saptandı (Tablo 3).

Tanı Grubu	Olgu sayısı	Yüzdeler dağılımı
Kalp ve damar sistemi hastalıkları	243	20,471
Enfeksiyon hastalıkları	129	10,867
Solunum sistemi hastalıkları	124	10,446
Renal parankim hastalıkları	119	10,025
Malign neoplazmlar	118	9,941
Endokrin sistemi hastalıkları	106	8,930
Gastrointestinal sistem hastalıkları	91	7,666
Nutrisyonel ve metabolik hastalıklar	87	7,329
Kas-iskelet-nörolojik bozukluklar	53	4,465
Hematolojik hastalıklar	48	4,043
Nöropsikiyatrik bozuklukları	40	3,369
Genitoüriner sistem hastalıkları	28	2,358
Duyu organı bozuklukları	1	0,084

*Bazı hastalar birden fazla tanı grubuna dahil olduğundan 381 hastada toplam 1187 tanı grubu bulunmaktadır.

	N	%
0	5	1,7
1	21	7,0
2	46	15,3
3	86	28,6
4	91	30,2
5	52	17,3
Toplam	301*	100

*80 hasta eksiktir.

Kan basınç ortalamalarına bakıldığında hastaların sistolik kan basıncı (SKB) $120,21 \pm 25,06$ mmHg ve diyastolik kan basıncı(DKB) $65,74 \pm 18,51$ mmHg şeklindeydi. Hastaların laboratuvar parametrelerinde LDL düzeyi $84,60 \pm 40,58$ mg/dl, HDL düzeyi $26,8 \pm 25,2$ mg/dl, total kolesterol düzeyi $139,2 \pm 51,26$ mg/dl, HB1AC $7,214 \pm 3$ ve C-reaktif protein düzeyi $16,79 \pm 13,08$ mg/dl şeklinde saptandı (Tablo 4)

Ölümlerin yıllara göre dağılımına baktığımızda cinsiyet açısından bir farklılığın olmadığı görüldü. Hastalar yaş gruplarına göre sınıflandırıldığında ölümlerin en çok %59,6 oranla 75 yaş üstü grupta gerçekleştiği ve bunu sırasıyla %19,2 oranla 65-74 yaş arası, %10,8 oranla 55-64 yaş arası, %6,0 oranla 45-54 yaş arası, %3,1 oranla 35-44 yaş arası, %1,0 oranla 25-34 yaş arası ve %0,3 oranla 15-24 yaş arası görüldüğü saptanmıştır (Tablo 5).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında erkek hastalarda en sık tanı grubu %17,9 oranıyla kalp ve damar sistemi hastalıklarıydı. Tüm erkek hastalarda malign neoplazmlar (%11,3) en sık ikinci tanı grubuyken solunum sistemi hastalıkları %11,2 oranıyla 3. sırada yer aldı. Kadın hastalarda ise sırasıyla kalp ve damar sistemi hastalıkları(%23,2), enfeksiyon hastalıkları(%11,9) ve endokrin sistemi hastalıkları(%9,7) en sık görülen tanı gruplarıydı (Tablo 6).

Hastalar yaşlarına göre 65 yaş üstü ve altı şeklinde iki gruba ayrıldığında ise 65 yaş üstü geriatric hastalardaki en sık ölüm nedeni %22,2 oranıyla kalp ve damar sistemi hastalıklarıken bunu %10,9 oranıyla solunum sistemi hastalıkları

Tablo 4. Hastaların sistolik ve diyastolik kan basınçları, HDL, LDL, kolesterol, HbA1c, kreatinin, glukoz ve CRP düzeyleri

	GFR	LDL	HDL	Koles-Terol	HB1AC	SKB	DKB	Glukoz	CRP
N	302	257	258	265	191	380	380	302	256
Ort.	41,20	84,60	26,8	139,2	7,214	120,21	65,74	134,88	16,79
Medyan	32,40	80,0	22,0	132,0	6,2	120,00	70,00	108,50	11,25
St. Sapma	29,39	40,58	25,2	51,26	9,84	25,06	18,51	98,73	23,08
Minimum	4,7	12,0	3,0	23,0	3,7	50	10	5	0,4
Maksimum	131	304,0	341,0	367,0	141,0	190	120	682	160,0

Tablo 5. Yaşa göre 7 gruba ayrılan hastaların tanı gruplarının dağılımı

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Toplam
Enfeksiyon hastalıkları	0 (0,0)	2 (1,5)	6 (4,6)	8 (6,2)	13 (10,1)	24 (18,6)	76 (58,9)	129 (100,0)
Duyu organı bozuklukları	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)
Endokrin sistemi hastalıkları	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,9)	4 (3,8)	15 (14,2)	26 (24,5)	59 (55,7)	106 (100,0)
Gastrointestinal sistem hastalıkları	0 (0,0)	1 (1,09)	2 (2,19)	5 (5,49)	14 (15,3)	18 (19,7)	51 (56,0)	91 (100,0)
Genitoüriner sistem hastalıkları	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,6)	2 (7,1)	5 (17,9)	20 (71,4)	28 (100,0)
Hematolojik hastalıklar	1 (2,1)	1 (2,1)	4 (8,3)	3 (6,2)	4 (8,3)	11 (22,9)	24 (50,0)	48 (100,0)
Kalp ve damar sistemi hastalıkları	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,2)	3 (1,2)	17 (7,0)	49 (20,2)	171 (70,4)	243 (100,0)
Kas-iskelet-nörolojik bozukluklar	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,8)	1 (1,9)	12 (22,6)	38 (71,7)	53 (100,0)
Maling neoplazmlar	0 (0,0)	3 (2,5)	10 (8,5)	16 (13,5)	22 (18,6)	25 (21,2)	42 (35,6)	118 (100,0)
Nöropsikiyatrik bozuklukları	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)	5 (12,5)	34 (85,0)	40 (100,0)
Nutrisyonel ve metabolik hastalıklar	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,3)	3 (3,4)	1 (1,1)	11 (12,6)	70 (80,5)	87 (100,0)
Renal parankim hastalıkları	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (4,2)	8 (6,7)	18 (15,1)	88 (73,9)	119 (100,0)
Solunum sistemi hastalıkları	0 (0,0)	1 (0,8)	2 (1,6)	2 (1,6)	10 (8,1)	22 (17,7)	87 (70,2)	124 (100,0)
Toplam	1 (0,1)	8 (0,7)	31 (2,6)	53 (4,5)	107 (9,0)	226 (19,0)	761 (64,1)	1187 (100,0)

Tablo 6. Cinsiyete göre tanı gruplarının dağılımı

	Erkek	Kadın	Toplam
Enfeksiyon Hastalıkları	62 (48,06)	67 (51,94)	129 (100,0)
Duyu Organı Bozuklukları	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)
Endokrin Sistemi Hastalıkları	51 (48,1)	55 (51,9)	106 (100,0)
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	51 (56)	40 (44)	91 (100,0)
Genitoüriner Sistem Hastalıkları	24 (85,7)	4 (14,3)	28 (100,0)
Hematolojik Hastalıklar	24 (50,0)	24 (50,0)	48 (100,0)
Kalp ve Damar Sistemi Hastalıkları	112 (46,1)	131 (53,9)	243 (100,0)
Kas-İskelet-Nörolojik Bozukluklar	33 (62,3)	20 (37,7)	53 (100,0)
Malign Neoplazmlar	71 (60,2)	47 (59,8)	118 (100,0)
Nöropsikiyatrik Bozuklukları	16 (40,0)	24 (60,0)	40 (100,0)
Nutrisyonel ve Metabolik Hastalıklar	42 (48,3)	45 (51,7)	87 (100,0)
Renal Parankim Hastalıkları	68 (57,1)	51 (42,9)	119 (100,0)
Solunum Sistemi Hastalıkları	70 (56,5)	54 (43,5)	124 (100,0)
Toplam	624 (52,6)	563 (47,4)	1187 (100,0)

ve %10,8 ile renal parankim hastalıkları izledi. 65 yaş altı hastalardaki ölüm nedenlerine baktığımızda en sık neden malign neoplazmlar(%23,3) iken 2. sıklıkla enfeksiyon hastalıkları(%14,2) ve 3. sıklıkla kalp ve damar sistemi hastalıkları(%12,9) olduğu saptandı. Hem erkek hem kadın hem de 65 yaş üstü hastalarda en sık mortalite nedeni olan kalp ve damar hastalıkları grubuna giren hastalar değerlendirildiğinde bu gruptaki hastaların GFR düzeyi $35,4 \pm 24,3$ mL/min/1,73 m², LDL düzeyi $83,1 \pm 79,5$ mg/dl, HDL düzeyi $29,3 \pm 25,0$ mg/dl, total kolesterol düzeyi $137,5 \pm 43,3$ mg/dl, HbA1c

düzeni $6,6 \pm 1,3$ ve CRP düzeyi $15,6 \pm 5,4$ mg/dl idi. (Tablo 7).

Tartışma ve Sonuç

Bu retrospektif çalışmamızda, hastanemiz genel dahiliye kliniğinde herhangi bir nedenden dolayı yatarak tedavi gördüğü sırada eksitus olan hastalarda en sık tanı grupları sırasıyla kalp ve damar sistemi hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları ve solunum sistemi hastalıkları olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar, önceden tanı almış ya da acil servisten doğrudan yan dal servislerine yatırılan hastaların dışlanmış olduğu ve yalnızca genel dahiliye kliniğimizde yatarak tedavi

gördüğü sırada eksitus olan hastaların sonuçlarını bildirmesi bakımından önemli veriler ortaya koymaktadır. Son yıllarda enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınması, toplumun kazanç, bilinç ve eğitim düzeylerinin yükselmesi ve değişen yaşam tarzları beklenen yaşam süresinin artmasına sebep olmuştur. Geriatrik nüfusun genç nüfusa oranla artış içinde olması, karşılaşılan sağlık problemlerinin çocukluk dönemi hastalıklarından yaşlı nüfusta görülen bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara doğru kaymasına neden olmuştur (6). Daha uzun yaşamak için verilen mücadeleler sonrasında ortalama yaşam süresi artmış olup bu durum Bulaşıcı Olmayan Hastalıkları (BOH) da beraberinde getirmiştir. DSÖ verilerine göre ise 2012 yılında tüm dünyada 56 milyon ölüm meydana gelmiştir. Bu ölümlerin yaklaşık %70' i kardiyovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyledir. Aynı yıl meydana gelen ölümlerin yaklaşık %33' ü düşük ve orta gelirli ülkelerde olmuştur. BOH' lar tedavi süreci, getirdiği masraflar, neden olduğu komplikasyonlar ve son yıllarda artan prevalans ile hem ülkemizde hem de gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir finansal sorun teşkil etmekteyken bu durum düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde ise daha büyük bir yük oluşturup sağlık harcamalarına ayrılan pay ekonomik krizin eşliğinde olan bu ülkelerde gidişatı hızlandırmaktadır.

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020) verilerine göre tüm ölüm nedenleri arasında BOH' lar içerisinde birinci sırada kalp ve damar sistemi hastalıkları yer almaktadır (7). Bizim çalışmamızda da olduğu gibi kalp ve damar hastalıkları uzun bir süre daha ölüm nedenleri arasında ilk sırada kalmaya devam edeceğini düşünmekteyiz. Kan basıncı, kolesterol, hiperglisemi, obezite, fiziksel aktivite, alkol ve sigara içiminin kontrolü ile önlenilebilir bir hastalık grubu olan kalp ve damar hastalıkları sıklığının erken tanı, planlı takip ve tedavi ile azaltılabileceği ön görülmektedir (7).

Kalp ve damar hastalıkları; periferik arter hastalığı, koroner kalp hastalığı, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği, serebrovasküler hastalık, hipertansiyon, kardiyomiyopatiler ve romatizmal kalp hastalıkları gibi alt gruplara

ayrılabilir (7). Bizim çalışmamızda kalp ve damar hastalıkları subtiplerine baktığımızda en sık karşılaştığımız tanılar sırasıyla konjestif kalp yetmezliği (%12,4), hipertansiyon(%10,3) ve iskemik kalp hastalığı (%10,3) idi. Çalışmamızda ölüm nedenleri yaş grupları itibarıyla incelendiğinde kalp ve damar sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin en fazla 75 yaş üstü grupta olduğu görülmüştür. Serebrovasküler hastalıklara bağlı ölüm oranı çalışmamızda %4,5 ile Türkiye ortalamasının üzerinde saptandı. Türkiye hastalık yükü çalışması sonuçlarına göre serebrovasküler hastalık sıklığı erkeklerde yüzde 1,8; kadınlarda yüzde 2,2 saptanmış(7) iken bizim çalışmamızda bu oran erkeklerde %5,28; kadınlarda ise %3,55 saptandı. Hiperglisemi kardiyovasküler hastalıklar için bağımsız risk faktörüdür. Bununla birlikte bozulmuş açlık glukozunun kardiyovasküler risk faktörlerinden olan hipertansiyon, hiperlipidemi ve artmış bel çevresi ile de yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir(8). Bizim çalışmamızda da kalp ve damar hastalıkları tanı grubunda olan hastaların kan glukoz düzeyleri $135,4 \pm 98,9$ mg/dl iken LDL düzeyleri $83,1 \pm 34,8$ idi.

Dünya genelinde 2012 yılında 1,5 milyon ölümden sorumlu tutulan diyabetes mellitusun 2014 yılındaki prevalansının %9 olduğu belirlenmiştir. Tip 2 diyabet Türkiye' de giderek artmaktadır. CREDIT çalışması diyabet prevalansının toplumumuzda %12,7 olduğunu ortaya koymuştur (7). Bizim çalışmamızdaki eksitus olan hastalarda bu oran ülke prevalansının altında %7,9 idi. Çalışmamızdaki oranın düşük olması teşhis konulmamış diyabetli hasta oranının hala ülkemizde yüksek olması ile ilişkili olduğu kanaatindeyiz.

Hiperlipidemi miyokard enfarktüsü ve stroke için bağımsız risk faktörüdür. Kronik iskemik kalp hastalığı olan hastaların yaklaşık %30'unda hiperlipidemi bulunmaktadır. Hiperlipidemi tüm dünyadaki ölümlerin yaklaşık %4,5'inden sorumlu tutulmaktadır. Yapılan çalışmalarda antihiperlipidemik tedavi ile kalp ve damar hastalıklarına yakalanma riskinin azaldığı gösterilmiştir (7). LDL kolesterol prevalansı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışma verilerine göre kadınlarda %14 ve erkeklerde %11 olup bu oran totalde %12,5

olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada her iki cinsiyette bu oranın yaş ilerledikçe arttığı belirtilmiştir (9). Bizim çalışmamızda yaşamını yitiren hastaların total kolesterol düzeyi $139,2 \pm 51,26$ mg/dl iken bu oran kalp ve damar hastalıkları grubunda olan hastalarda $137 \pm 43,3$ mg/dl ile diğer hastalarinki ile benzer idi. Geriatrik popülasyonda sıklığı giderek artan bir hastalık olan kalp yetmezliği 65 yaş üstü hastaneye yatışların yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda kalp yetersizliğine bağlı ölümlerin 4/5'i geriatrik popülasyonda meydana gelmektedir (10). Kliniğimizde yaşamını yitiren hastalardaki kalp yetersizliği oranını %12,4 olarak saptadık.

Hem toplum hem de hastane kökenli enfeksiyonların kontrolünde tüm dünyada olduğu gibi son yıllarda ülkemizde de önemli gelişmeler meydana gelmiştir. Ancak çocukluk çağı aşılama programında ulaşılamamıştır. Son yıllarda Sağlık Bakanlığının eğitimli ve sertifikalı enfeksiyon kontrol hemşiresi ve hekimi sayısının giderek artırması bu sayede sürveyans çalışmalarının daha etkin ve başarılı bir biçimde yapılması ve enfeksiyon kontrol komitelerinin kurumsallaşmış hastaneler arası işbirliğinin artması hastane kökenli enfeksiyonların kontrolü konusunda önemli ilerlemelere neden olmuştur (12). Verilen tüm bu çabalara karşın enfeksiyon hastalıkları nedeniyle yaşamını yitiren hasta sayısının %10,9 ile tüm ölüm nedenleri arasında ikinci sırada olan çalışmamızda da görüldüğü gibi bu konuda çok daha fazla efor sarf etmemiz gerektiği kanaatindeyiz.

Ulusal Hastalık Yüklü Çalışması sonucunda ülkemizde meydana gelen ölümlerin yaklaşık 10'da 1'inden akciğer hastalıklarına sorumlu tutulmuştur. Bu rakam solunum sistemi hastalıklarını en sık ölüm nedenleri sıralamasında iskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalıklardan sonra 3. sıraya yükseltmiştir. Yine aynı çalışmayı alt analizinde ülkemizde ölüme neden olan subgruplar içerisinde alt solunum yolu enfeksiyonları %4,2 oranı ile en ölümcül 5. hastalık olmuştur. 2004 yılında yayınlanan Türkiye hastalık yükü çalışması verilerinde 223.462 hasta pnömoni- akut solunum enfeksiyonu- viral pnömoni; 211.545 hasta amfizem-bronşit-astım; 52.865 hasta akciğer maligniteleri; 13,890 hasta ampiyem; 27.521 hasta tüberküloz; 18.271 hasta

venöz tromboemboli ve 218.373 hasta diğer solunum sistemi hastalıkları nedeniyle hastaneye interne edildiği saptanmıştır(13). Çalışmamızda da solunum sistemi hastalıklarından dolayı eksitus olan hastaların sayısı %10,4 ile tüm ölüm nedenleri arasında 3. sıradaydı. Cinsiyet dağılımına baktığımızda erkeklerde %56,5 ile kadınlardan daha sık görüldüğü bu farkın da ülkemizde sigara içiciliğinin erkeklerde daha sık olmasına bağladık. Yaş dağılımına bakımızda solunum sistemi hastalıklarını %70,2' sinin 75 yaş üzeri hasta grubunda olduğunu saptadık.

Hem maddi hem de manevi yönleri ile mücadelesinin çok zor olduğu bir hastalık olan kanser hem ülkemizde hem de dünya genelinde her geçen gün artış göstermektedir. Kanser yalnızca önemli bir sağlık sorunu değil aynı zamanda ülkelerin ekonomilerinde de büyük bir yük haline geliyor. Dünya Sağlık Örgütü 2008 yılında tüm dünya genelinde 12 milyon yeni kanser olgusunun olduğunu bildirip bu rakamının 2030 yılında 26 milyona ulaşacağını tahmin etmektedir. Tüm dünyayı etkileyecek olan bu artışın büyük bir bölümü maalesef ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde meydana gelecektir. Bu artış yalnızca görülme sıklığındaki artış ile kalmayıp kansere bağlı ölümlerde artışa da neden olup gelişmekte olan bu ülkelerde hem ülke ekonomisi hem de toplum sağlığını önemli ölçüde etkileyecektir (14). Geriatrik popülasyondaki hızlı artış, sigara içimi ve obezite DSÖ' ye göre kanser sıklığındaki artışta suçlanan 3 temel nedendir. Bu sıklık dünya genelinde %1 ile 2 arasında olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte bazı gelişmiş ülkeler kanser ile mücadele programları sayesinde bu artışı kontrol altına alınabilmiştir. Bu başarı özellikle yaşam tarzı değişiklikleri, sigara ve obezite ile mücadele, meme, serviks ve kolon kanserleri için yapılan toplum tabanlı tarama programlarının yaygınlaşması ile olduğu aşikardır. Tüm bu mücadeleler sonrasında kanserdeki artışın önüne geçilmesi hiç şüphesiz uzun yıllar almaktadır. Bu yüzden kanser ile mücadele programlarındaki başarının önemli bir unsuru da devamlılık arzetmesidir. Maalesef ülkemizde kanser epidemiyolojisine yönelik veriler uzun yıllar yeterli doğruluk ve kalitede değildi. Ancak son yıllarda ülkemizde başarılı sağlık politikaları sayesinde kanser tarama, tedavi ve takibinde yapılan kayıtlar neticesinde uluslararası kabul gören güvenli kanser istatistiklerine

ulaşılabilmiştir. Ülkemizde son yıllarda yapılan araştırmalarda kanser sıklığında bir artış göze çarpmaktadır ancak bu artışın büyük bir bölümü güvenilir kanser veri istatistiklerindeki artış ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Özellikle son yıllarda ülkemizde yapılan kanser araştırmalarına bakıldığında kanser artış oranının diğer ülkelerdeki ile benzer biçimde olduğu görülmektedir. Bununla birlikte kanserin ülke ekonomisine getirdiği masraflar kıyaslandığında bir çok ülkenin gerisinde kalmaktayız. Sigaraya bağlı kanserler diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında ülkemiz için esas problem kaynağıdır. Her yıl yeni tanı konulan 150 000 kanser olgusunun en az %65'inden doğrudan sigara kullanımı sorumlu tutulmaktadır. Bu nedenle kanser ile mücadelede ülkemiz için en büyük pay sigara ile mücadeleye verilmektedir. Bu sayede ülkemizde görülen kanserlerin 2/3'ünün kontrol altına alınması planlanmaktadır (15). Çalışmamızda da kanserden yaşamını yitiren hastaların sıklığı tüm ölüm nedenleri arasında %10,0 oranıyla 5. sırada yer almaktaydı. Malignitelerin görülme sıklığının yaş arttıkça attığını saptadık. Cinsiyet ayrımında kanserden yaşamını yitiren hastaların %60,2'si erkek iken %39,8'i kadın idi. Tüm ölüm nedenleri incelendiğinde maligniteden yaşamını yitiren hastalarda en sık karaciğer ve intrahepatik safra yolları malign neoplazmi (%3,2), ikinci sıklıkla %1,7 ile kolon malign neoplazmi ve 3. sıklıkla da %1,6 oranı ile bronş ve akciğer malign neoplazmi olduğunu saptadık.

Yine dünyada olduğu gibi ülkemizde çok yaygın olan önemli bir halk sorunu da Kronik Böbrek Hastalığı' dır(KBH). Erken tanı ve tedavi ile önlenbilir ve progresyonu durdurulabilir olmasına karşın bir çok olguda erken teşhis ve bilincin düşük olması buna olanak vermemektedir(16). Farkındalığın az olması nedeniyle bir çok olgu son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) evresine gelmektedir. Bu durum oluşturduğu yaşam kalitesi düşüklüğü, morbidite, komplikasyon ve yüksek mortalite oranları ülke ekonomisine ciddi zarar vermektedir. Türk Nefroloji Derneği verilerine göre ülkemizde SDBY prevalansı hızlı bir biçimde artmaktadır (17). 2013 yılında Süleymanlar G. ve ark. yaptığı bir çalışmada ülkemizde diyaliz programında olan ve böbrek transplantasyonu yapılmış olan yaklaşık 62000 hastanın olduğu ve bu hastaların ülke sağlık bütçesinin %5'inden fazlasını tükettikleri

belirtilmiştir (18). Yine uluslararası yapılan bir çalışmada erişkin popülasyonda %10 oranında farklı evrelerde böbrek yetmezliği olduğu bildirilmiştir (19). Çalışmamızda da eksitus olan hastalara baktığımızda hastaların %28,6'sında evre 3, %30,2'sinde evre 4 ve %17,3'ünde evre 5 böbrek yetmezliği tanısı olduğunu saptadık. Böbrek yetmezliğinin evresi arttıkça buna bağlı meydana gelen kardiyovasküler nedenli mortalite ve morbidite risklerinde artış olmaktadır. Amerika' da yapılan toplum kökenli bir çalışmada kronik böbrek hastalığı olan hastaların ölme olasılığının son dönem böbrek yetmezliğine ilerleme olasılığından 16 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (20). KBH başlı başına önemli bir problem olmakla birlikte bu hastalığa eşlik eden komorbid durumların fazla olması durumu daha da önemli duruma getirmektedir. CREDIT çalışma verilerine göre kronik böbrek yetmezliği hastalarında %32,7 ile hipertansiyon, %12,5 ile diyabetes mellitus, %20,1 ile obezite ve %31,3 ile hiperlipidemi saptanmış.

Çalışmamızda vurgulanması gereken bulgulardan birisi de %7,3 gibi azımsanmayacak bir oranda saptanan beslenme bozukluğudur. Yaşlı bireylerde beslenme bozuklukları sık karşılaşılan bir geriatrik sendromdur. Yaşlanmayla yağ dokusu artar, yağsız vücut kitlesi azalır, vücudun total su miktarı ile bazal metabolik hız azalır. Geriatrik popülasyonda hareket kısıtlılığı, çene-diş problemleri, beslenmeyi unutma ve sindirim sistemi problemleri bu grupta malnütrisyon gelişimine neden olmaktadır. Patogenezinde multiple mekanizmaların olduğu malnütrisyon yaşam kalitesini azaltan bir durum olup tedavi süreci, getirdiği masraflar ile hem ülkemizde hem de dünyada önemli bir toplumsal sorun teşkil etmektedir (10). Yapılan bir çalışmada geriatrik popülasyondaki malnütrisyon oranı %5,8 iken bu oran huzurevlerinde yaşayanlarda %13,8, hastanede yatanlarda %38,7 bulunmuştur (11). Bizim çalışmamızda ise nutrisyonel ve metabolik hastalıklar nedeniyle interne edilip yaşamını yitiren hasta oranı %7,32 ile 8. sırada yer aldı.

Sonuç olarak, 2005 Türkiye hastalık yükü çalışması verilerine göre tüm ölüm nedenleri arasında 1. sırada 205.457 ölüm ile kardiyovasküler hastalıklar yer alırken, bunu 56.250 ölüm ile kanserler ve 38.046 ölüm ile enfeksiyon hastalıkları izlemektedir. Cinsiyet

ayrımı yapıldığında hem kadın hem de erkeklerde kardiyovasküler ölüm oranının benzer olduğu görülürken, enfeksiyon hastalıkları ve kansere bağlı ölümlerin erkek hastalarda daha sık olduğu saptanmış (11). Genel dâhiliye kliniğimizde son on yıl içinde interne edilen ve yaşamını yitiren hastalarının mortalite nedenlerinin tanısız dağılımları genel olarak ülkemizden bildirilen sonuçlara benzer sonuçlar ortaya koymuştur. Farklı olarak bizim çalışmamızda 2. sıradaki ölüm nedeni enfeksiyonlar, 3. Sırada solunum sistemi hastalıkları ve 4. sırada renal parankim hastalıkları

İletişim: Dr. Rıdvan Sivritepe

E-posta: dr.ridvansivritepe@gmail.com

olarak bulunmuştur.

Kaynaklar

1. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı: 21507, 28 Ocak 2016, at <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21507>.
2. İstatistiklerle Yaşlılar 2015, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı: 21520, 17 Mart 2016, at <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520>.
3. World Health Organization. (10). Facts on ageing and the life course. World Health Organization, Geneva, Switzerland Retrieved from (<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>).
4. Ölüm Nedeni İstatistikleri 2014, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı: 18855, 30 Mart 2015, at <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>.
5. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.
6. Bakanlığı, S., & Müdürlüğü, T. S. H. G. Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları.
7. Planı ve. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları.
8. Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü- 2017 http://www.antalyahsm.gov.tr/dokuman/upload/Kalp_damar_hastal%C4%B1klar%C4%B1nda_risk_fakt%C3%B6rlerinin_azalt%C4%B1lmas%C4%B1.pptx.
9. T.C Sağlık Bakanlığı - Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü-2017 <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>.
10. Nalbant, A., Varım, C., Kaya, T., & Tamer, A. (2013). İç Hastalıkları Kliniğinde Yatarak İzlenen 65 Yaş ve Üzeri Genel Dahiliye Hastalarında Tanısal Dağılımın Araştırılması. *Sakarya Tıp Dergisi*, 3(4), 181-185.
11. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Mini-Nutritional Assessment International Group. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58:1734-1738.
12. Öztürk, R. (2011). Türkiye'de Enfeksiyon Kontrolü ile ilgili son gelişmeler. *Ankem Derg*, 25, 9-16.
13. Bakanlığı, S., & Müdürlüğü, R. H. M. (2006). Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. Ankara: Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015 <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15486/dunya-ve-turkiyede-kanser-02042012.html>.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü <http://tokat.hsm.saglik.gov.tr/index.php/haberler-duyurular-2/96-duyuru-ve-turkiye-de-kanser>.
16. Plantinga LC, Boulware LE, Coresh J, et al. Patient awareness of chronic kidney disease. *Trends and Predictors. Arch Intern Med* 2008; 168: 2268-75.
17. Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon – Registry. <http://www.tsn.org.tr/registry>.
18. Süleymanlar G, Altıparmak MR, Seyahi N, Trabulus S. Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon – Registry 2012. *Türk Nefroloji Derneği Yayınları*, Ankara, 2013.
19. Hallan SI, Coresh J, Astor BC, et al. International comparison of the relationship of chronic kidney disease prevalence and ESRD risk. *J Am Soc Nephrol* 2006; 17: 2275-84.
20. Go AS, Chertow GM, Fan D, et al. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med* 2004; 351: 1296-305.



Dr. Nükhet Kırığ¹, Manolya Ercan²

Geliş/Received : 04.12.2016

Kabul/Accepted: 05.04.2017

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı yaşlı bireylerin ev ve hastane ortamının düşme yönünden değerlendirilmesi ve düşmeden korunma davranışlarının belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma bir devlet hastanesinde Aralık 2014 Haziran 2015 tarihleri arasında 180 gönüllü yaşlı bireyle yürütüldü. Verilerin toplanmasında "Yaşlılar için Düşme Davranışları Ölçeği" ve araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde, ortalama, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Bulgular: Yaşlıların %55'i kadın, %44'ü erkekti. Araştırmaya katılan yaşlılardan kadınların yaş ortalamasının 69.4 (min:53, max:95), erkeklerin yaş ortalamasının 69.5 (min:55, max:89) olduğu saptandı. Evde kiminle yaşadığı, medeni durum, işitme problemi olup olmadığı, gözlük kullanım durumu, fiziksel harekette destek alma durumu, yardımcı araç kullanımı ve ilaç kullanım durumunun yaşlıların düşme davranışlarını etkilediği belirlendi ($p<0,05$). Yaşlıların eğitim düzeyi, gelir düzeyi, cinsiyet, görme problemi ve sosyal güvence durumuyla yaşlılar için düşme davranışları ölçeği ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ($p>0,05$).

Sonuç: Bu çalışmanın sonucunda yaşlıların düşmeye karşı korunma davranışlarının geliştirilmesi gerektiği, düşmeden korunmada hem ev içi hem de hastane özelliklerinin yeniden düzenlenmesi gerektiği düşünülmüştür.

Anahtar sözcükler: Yaşlılık, Düşme, Düşmeden korunma

Abstract

Aim: The aim of this research was to assess the home and hospital environments of elderly people with regard to risk factors for falls and to determine their fall prevention behaviours.

Material and Methods: The research was conducted in a state hospital between December 2014 and June 2015 among 180 elderly individuals, who volunteered to participate in the study. The "Falls Behavioural Scale for Older People" and a questionnaire prepared by the researchers were used to collect data. Percentage, mean, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests were used for evaluating the data.

Findings: Of the elderly, 55% were female and 44% were male. The mean age of the participants was 69.4 years. The relationship to person(s) living in the same house, marital status, presence of hearing problems, use of eyeglasses, receiving support for the physical activities, use of auxiliary tools and medication use were found to affect the fall behaviours ($p<0,05$). No statistical significance was found between The Fall Behaviour Scale and subscale scores and the participants' level of education, income level, gender, vision problems and insurance status ($p>0,05$).

Conclusion: As a result of this study, it was concluded that the fall prevention behaviours among elderly people should be improved; both home and hospital environments should be modified to prevent falls.

Key words: Old age, Fall, Fall prevention

*Bu çalışma Erzurum'da 10-12 Eylül 2015 tarihinde 15. Ulusal Hemşirelik Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

1 Yrd. Doç.; Adnan Menderes Ü. Hemşirelik Fak. Aydın

2 Hemşire, Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi, Ortopedi Kliniği, Aydın

Giriş

Yaşlılık dönemi kişilerin statü kaybettiği, kaza riskinin arttığı ve fiziksel yeteneklerinin azaldığı bir dönemdir (1). Yaşlı bireylerde yaralanma ve ölüm sebepleri arasında düşme önemli bir yere sahiptir. Kuvvetsizlik, görme bozukluğu, kullanılan bazı ilaçlar, fiziksel işlevlerde azalma, vücut esnekliğinde azalmaya bağlı hareketlerde kısıtlılığın yaşlılarda kazalara eğilimi artırdığı ve 65 yaş üstü bireylerin yaklaşık 1/3'nün her yıl, en az bir kez düşme deneyimi yaşadığı bildirilmektedir (1,2).

Dünya'da görülme sıklığı giderek artan düşme sorunu sağlık bakımında maliyeti yükseltmekle birlikte kişinin ve bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesini düşürmektedir (3,4). Düşme deneyimi yaşayan kişiler, sağlık durumlarını olumsuz etkileyecek devamlı sakatlık ya da ölüme neden olabilecek yaralanmalara maruz kalabilmektedirler (5). Ülkemizde yürütülmüş bazı araştırma sonuçlarına göre yaşlıların düşme oranının %4.9 ile 69.1 arasında değiştiği belirlenmiştir (6,7,8,9).

Bu çalışmada yaşlı bireylerin ev ve hastane ortamının düşme yönünden değerlendirilmesi ve düşme açısından risk oluşturabilecek durumların ölçek aracılığıyla belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma Aydın İli Söke İlçesi'ne bağlı devlet hastanesinde Aralık 2014 Haziran 2015 tarihleri arasında yapıldı.

Araştırmada kullanılan Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan "Yaşlılar için Düşme Davranışları Ölçeği" dikkate alınarak 180 yaşlı bireyin alınması hedeflenmiştir. Araştırmanın örneklemini 10 Aralık 2014 ve 25 Haziran 2015 tarihleri arasında ilçe devlet hastanesinin ortopedi, kardiyoloji, cerrahi ve dahiliye kliniklerine yatış yapan 65 yaş ve üstü 180 birey oluşturdu.

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan 28 soruluk bir anket formu ile orijinali Clemson ve arkadaşları tarafından geliştirilen (10), Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Uymaz ve Nahcivan tarafından yapılan 30 maddelik "Yaşlılar için Düşme Davranışları Ölçeği" (YDDÖ) kullanıldı (11).

Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formunda sosyodemografik özellikler, sağlık öyküsü, çevresel ve bireysel düşmeye ait risk faktörlerini belirleyici sorular yer almaktadır.

YDDÖ 30 maddeli ve 10 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar bilişsel uyum (6 madde), güvenli hareket (5. madde), sakınma (5. madde), farkındalık (4. madde), acelecilik (2. madde), pratiklik (3. madde), aktivite planında değişiklik (1. madde), dikkatlilik (1. madde), seviye değişiklikleri (2. madde), telefona yetişmedir (1. madde). Her bir ifade 1'den 4'e kadar puanlanmış, 4'lü likert tipte bir ölçektir. "Hiçbir zaman" yanıtına 1 puan, diğerlerine sırasıyla "ara sıra" 2 puan, "genellikle" 3 puan ve "her zaman" yanıtına 4 puan verilir. Toplam ölçek ve alt ölçeklerden alınabilecek olası en düşük ve en yüksek puan 1-4 arasında olup, ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin düşmeye ilişkin güvenli/koruyucu davranışlarını, düşük puanlar ise riskli davranışlarını gösterir. Ölçekte 6 soru ters olduğundan bu maddelere verilen puanlar tersine çevrilir (7,8,9,10,19. ve 23. maddeler). Bireyin tüm maddelerden aldığı puanı toplanır. Daha sonra madde sayısına bölünerek 1-4 arasında ölçek madde toplam puanı elde edilmiş olur (11).

Veriler araştırmacılar tarafından hastane ortamında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı olarak Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Araştırma sürecinde uygulama aşamasından önce ilçe devlet hastanesinin bağlı olduğu kamu hastaneler birliğinden yazılı izin ve araştırmanın gerekçesi, ne yapılacağı ve ne amaçla yapılacağı hakkında bilgi verildikten sonra bireylerden sözlü onam alındı.

Bulgular

Araştırmaya katılan yaşlılardan kadınların yaş ortalamasının 69.4 (min:53, max:95), erkeklerin yaş ortalamasının 69.5 (min:55, max:89) olduğu saptandı. Yaşlıların %55'inin kadın, %44'ünün erkek olduğu, %76.7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı, %81'inin evli, %46'sının okuryazar olmadığı %70'inin evde eşiyile birlikte yaşadığı, %76'sının çalışmadığı, %89'unun gelirinin giderinden az olduğu, %79'unun bir sosyal güvenceye sahip olduğu belirlendi (Tablo 1). Araştırmada yer alan yaşlı bireylerin 74 (%41)'ünün en az bir kronik hastalığa sahip

Tablo 1. Sosyodemografik değişkenlere ait özellikleri			
Değişkenler	Gruplar	Frekans	Yüzde %
Cinsiyet	Kadın	153	85,0
	Erkek	27	15,0
Medeni Durum	Evli	146	81,1
	Eşi yaşamını yitirmiş	28	15,6
	Bekar	4	2,2
Eğitim Düzeyi	Boşanmış	2	1,1
	Okuryazar değil	83	46,1
	Okuryazar	44	24,4
Kiminle Yaşandığı	İlkokul	29	16,1
	Ortaokul	7	3,9
	Lise	15	8,3
	Üniversite ve üstü	2	1,1
	Evde yalnız	17	9,4
Meslek	Evde eşiyile	126	70,0
	Evde diğer aile bireyleriyle	37	20,6
Gelir Düzeyi	Çalışmıyor	138	76,7
	Emekli	22	12,2
	İşçi	3	1,7
	Memur	1	0,6
	Esnaf	3	1,7
	Diger	13	7,2
Sosyal Güvence Durumu	Gelir giderden az	161	89,4
	Gelir gidere denk	17	9,4
	Gelir giderden fazla	2	1,1
Toplam	Evet	143	79,4
	Hayır	37	20,6
		180	100

olduğu, 74 (%41)'ünün sürekli bir ilaç kullandığı, 35 (%19)'ünün işitme problemi, 59 (%32)'unun görme problemi olduğu, 41 (%22)'inin gözlük kullandığı, 38 (%21)'inin yürümeye yardımcı araç kullandığı saptandı.

Yaşlıların %42'sinin şimdiye kadar en az bir kez düştüğü, son bir yılda %29'unun düşme deneyimi yaşadığı, %27'sinin ev içinde ayağının kayarak, %19'unun evde düştüğü belirlendi. Araştırma grubunun hastane ortamında düşme öyküsü incelendiğinde; %1,1'inin klinikte düştüğü, hastanede düşme nedenlerinin %0,6'sının denge kaybından, %0,6'sının yatak frenin bozuk olmasından kaynaklandığı saptandı.

Yaşlı bireylerin ev ortamının özellikleri sorgulandığında; %26,7'sinin evde ıslak zemin olduğunu, %66,1'inin evde kapı eşiği bulunduğunu, %86,7'sinin evinin banyosunda, tuvaletinde ve yatak yanında tutunacak destek olmadığını, %28,9'unun evinde yeterli aydınlatma olmadığını, %27,8'inin evinde sabit olmayan nesnelere olduğunu, %28,3'ünün evinde uygun olmayan ayakkabı kullandığını belirtti.

Araştırmaya katılan yaşlıların bulunduğu hastane ortamı ve yaşlılar gözlemlendiğinde; %38,3'ünün hastanede ıslak zemin bulunan bir yerde olduğu, %5'inin hastanede kapı eşiğinin mevcut olduğu bir yerde bulunduğu, %13,9'unun hastanenin tuvalet, banyo ve yatak başında tutunacak desteği olmadığı, %20'sinin hastane içinde yeterli aydınlatmaya sahip olmadığı, %18,9'unun hastanede sabit olmayan nesnelere bulunduğu bir ortamda kaldığı, %10'unun hastanede uygun olmayan ayakkabı giydiği gözlemlendi. Yaşlıların YDDÖ puanı ve alt ölçek puanları Tablo 2'de yer almaktadır.

Yaşlılardan evde yalnız yaşayanların bilişsel uyum puanı evde eşiyile yaşayanların bilişsel uyum puanından ve evde diğer aile üyeleriyle yaşayanların bilişsel uyum puanından anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 3).

Araştırmada yer alan yaşlı bireylerden evde yalnız yaşayanların farkındalık puanının evde eşiyile yaşayanların ve evde diğer aile üyeleriyle yaşayanların farkındalık puanından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 3).

Tablo 2. Yaşlı düşme davranışı ölçek puan ortalamaları

Yaşlı Düşme Davranışları ve alt ölçek maddeleri	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Bilişsel Uyum	180	2,601	0,607	1,170	4,000
Güvenli Hareket	180	2,338	0,563	1,200	4,000
Sakinma	180	2,443	0,478	1,400	4,000
Farkındalık	180	2,143	0,644	1,000	4,000
Acelecilik	180	2,778	0,619	1,000	4,000
Pratiklik	180	2,432	0,565	1,000	4,000
Aktivite Planında Değişiklik	180	2,639	0,857	1,000	4,000
Dikkatlilik	180	2,544	0,834	1,000	4,000
Seviye Değişiklikleri	180	2,392	0,781	1,000	4,000
Telefona Yetişme	180	2,700	0,790	1,000	4,000
Düşme Davranışı Genel Puan	180	2,501	0,349	1,650	3,830

Tablo 3. Yaşlı davranışları ölçeği puanlarının bazı değişkenlere göre dağılımı

Yaşlı davranışları ölçeği ve bazı alt ölçek maddeleri	N	Ort.	Ss	KW*	p	
Evde Kiminle Yaşadığı Bilişsel Uyum	Evde yalnız	17	3,226	0,728	14,057	0,001
	Evde eşyle	126	2,507	0,550		
	Evde diğer aile bireyleriyle	37	2,634	0,572		
Farkındalık	Evde yalnız	17	2,677	0,571	13,584	0,001
	Evde eşyle	126	2,095	0,656		
	Evde diğer aile bireyleriyle	37	2,061	0,522		
Düşme Davranışı Genel puan	Evde yalnız	17	2,785	0,367	16,311	0,000
	Evde eşyle	126	2,452	0,341		
	Evde diğer aile bireyleriyle	37	2,537	0,308		
Sakinma	Kaç Tane İlaç Kullandığı				12,116	0,033
	Bir	7	2,943	0,428		
	İki	18	2,544	0,474		
	Üç	24	2,575	0,515		
	Dört	16	2,563	0,625		
	Beş	7	2,143	0,151		
Altı	3	2,533	0,462			
Bilişsel Uyum	Medeni Durum				12,232	0,007
	Evli	146	2,541	0,573		
	Eşi yaşamını yitirmiş	28	2,988	0,648		
	Bekar	4	2,333	0,274		
Boşanmış	2	2,080	1,061			
Güvenli Hareket	Evli	146	2,306	0,554	11,473	0,009
	Eşi yaşamını yitirmiş	28	2,593	0,572		
	Bekar	4	1,850	0,100		
	Boşanmış	2	2,100	0,424		

Tablo 4. Yaşlı davranışları ölçeği puanlarının bazı değişkenlere göre dağılımı

Yaşlı davranışları ölçeği ve bazı alt ölçek maddeleri	Fiziksel harekette destek alma	N	Ort.	Ss	MW*	p
Sakinma	Evet	32	2,606	0,534	1 832,000	0,043
	Hayır	148	2,408	0,459		
Aktivite Planında Değişiklik	Evet	32	2,906	0,777	1 865,500	0,046
	Hayır	148	2,581	0,865		
Seviye değişiklikleri	Evet	32	2,703	0,694	1 656,000	0,007
	Hayır	148	2,324	0,784		
Düşme Davranışı Genel Puan	Evet	32	2,642	0,372	1 640,000	0,006
	Hayır	148	2,470	0,338		
Güvenli Hareket	Gözlük Kullanım Durumu				2 190,000	0,023
	Evet	41	2,449	0,496		
	Hayır	139	2,305	0,579		
Seviye Değişiklikleri	Evet	41	2,671	0,795	2 069,000	0,007
	Hayır	139	2,309	0,760		
Düşme Davranışı Genel Ölçek	Evet	41	2,641	0,381	2 013,000	0,004
	Hayır	139	2,460	0,330		
Dikkatlilik	İşitme Problemi Durumu				1 971,500	0,028
	Evet	35	2,229	0,808		
	Hayır	145	2,621	0,826		
Sakinma	Kronik Hastalık Durumu				2 933,500	0,004
	Evet	74	2,551	0,478		
	Hayır	106	2,368	0,465		
Düşme Davranışı Genel Ölçek	Evet	74	2,578	0,399	3 187,000	0,033
	Hayır	106	2,447	0,301		

*MW: Mann Whitney U testi

Evde yalnız yaşayan yaşlıların düşme davranışları ölçeği genel puan ortalamasının evde eşyle yaşayanların ve evde diğer aile üyeleriyle yaşayanların genel ölçek puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 3).

Yaşlı bireylerin kullandığı ilaç sayısına göre sakınma puanları incelendiğinde; kullandığı ilaç sayısı bir olanların sakınma puanının kullandığı ilaç sayısı iki ve beş olanların sakınma puanından, kullandığı ilaç sayısı iki ve üç olanların sakınma

puanı kullandığı ilaç sayısı beş olanların sakınma puanından istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 3).

Eşi yaşamını yitirmiş yaşlıların bilişsel uyum ve güvenli hareket puanının, evlilerin ve bekarların bilişsel uyum ve güvenli hareket puanına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 3).

Yaşlıların medeni durumuna göre bilişsel uyum, güvenli hareket alt ölçek puanları ve düşme

Tablo 4. Yaşlı davranışları ölçeği puanlarının bazı değişkenlere göre dağılımı

Sürekli kullanılan ilaç durumu		N	Ort.	Ss	MW*	p
Sakinma	Evet	75	2,557	0,516	2 971,500	0,005
	Hayır	105	2,362	0,433		
Farkındalık	Evet	75	2,253	0,665	3 267,000	0,050
	Hayır	105	2,064	0,619		
Seviye değişiklikleri	Evet	75	2,527	0,744	3 231,000	0,037
	Hayır	105	2,295	0,796		
Düşme davranışı genel puan	Evet	75	2,579	0,382	3 085,000	0,013
	Hayır	105	2,445	0,314		
Yürümeye yardımcı araç kullanma seviye değişiklikleri	Evet	38	2,645	0,725	2 017,000	0,015
	Hayır	142	2,324	0,784		
Düşme davranışı genel puan	Evet	38	2,628	0,415	2 091,500	0,034
	Hayır	142	2,467	0,323		

*MW:Mann Whitney U testi

davranışı genel alt ölçek puanı anlamlı düzeyde farklılık gösterdi ($p<0,05$). Buna göre; eşli yaşamını yitirmiş olanların bilişsel uyum puanları evli olanların bilişsel uyum puanlarından ve bekar olanların bilişsel uyum puanlarından yüksek bulundu (Tablo 3).

Eşli yaşamını yitirmiş olanların güvenli hareket puanları evli ve bekar olanların güvenli hareket puanlarından, evli olanların güvenli hareket puanları, bekar olanların güvenli hareket puanlarından yüksek bulundu ($p<0,05$). Eşli yaşamını yitirmiş olanların düşme davranışı genel puanları evli ve bekar olanların düşme davranışı genel puanlarından yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 3). İşitme problemi olanların dikkatlilik puanları, işitme problemi olmayanların dikkatlilik puanlarından düşük bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4). Kronik hastalığı olanların sakınma puanları ve düşme davranışı genel puanı kronik hastalığı olmayanların sakınma puanlarından ve düşme davranışı genel puanından yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4).

Gözlük kullananların güvenli hareket puanları, seviye değişiklikleri puanları ve düşme davranışı genel puanı gözlük kullanmayanların güvenli hareket puanından, seviye değişiklikleri puanından ve genel düşme davranışları

puanından yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4). Fiziksel harekette destek alanların sakınma, aktivite planında değişiklik, seviye değişiklikleri ve düşme davranışı genel puanlarından destek almayanların sakınma, aktivite planından değişiklik, seviye değişiklikleri ve düşme davranışı genel puanlarından yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 4).

Yardımcı araç kullananların seviye değişiklikleri puanları ve düşme davranışı genel puanları yardımcı araç kullanmayanların seviye değişiklikleri ve düşme davranışı genel puanlarından yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 5). Sürekli kullandığı ilacı olanların sakınma, farkındalık, seviye değişiklikleri ve düşme davranışı genel puanlarının sürekli ilaç kullanmayanlara göre yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 5). Araştırma grubunda yer alanların eğitim düzeyi, gelir düzeyi, cinsiyet, görme problemi ve sosyal güvence durumuyla yaşlılar için düşme davranışları ölçeği ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ($p>0,05$).

Tartışma

Altmış beş yaşın üzerindeki insanların üçte biri her sene düşmekte ve düşmelerin yarısını tekrarlayan düşmeler oluşturmaktadır (12).

Düşmelerin %30-50'sinde "kaza ya da çevresel faktörler" rol oynamaktadır. Uygun yerleştirilmemiş eşyalar, eşikler, merdivenler, kaygan zemin (özellikle banyo ve tuvalet), kayabilen halı/kilim, iyi aydınlatılmamış ortam, alışık olunmayan mekân ve uygunsuz ayakkabı kullanımı gibi çevresel faktörler, yaşlıda düşme nedenleri arasında ön sıralarda yer almaktadır (13).

Araştırmada yer alan yaşlıların YDDÖ ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; bilişsel uyum 2,60, güvenli hareket 2,33, sakınma 2,44, farkındalık 2,14, acelecilik 2,77, pratiklik 2,43, aktivite planında değişiklik 2,63, dikkatlilik 2,54, seviye değişiklikleri 2,39, telefona yetişme 2,70, genel ölçek 2,50 olarak belirlendi.

Uymaz ve Nahcivan'ın yaptıkları çalışmada YDDÖ ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları; bilişsel uyum 2,63, güvenli hareket 1,92, farkındalık 2,40, acelecilik 2,49, pratiklik 1,95, aktivite planında değişiklik 1,98, dikkatlilik 2,12, seviye değişikliği 1,88, telefona yetişme 2,60, sakınma 2,71 ve genel ölçek 2,25 olarak saptanmıştır (14). Clemson ve arkadaşları yürütmüş oldukları araştırmada YDDÖ genel ölçek puanını 3,07 olarak bildirmiştir (15).

YDDÖ ölçeği ve alt ölçek puan ortalamalarına göre araştırma grubunda yer alan yaşlıların düşmeye ilişkin güvenli davranış düzeylerinin Uymaz ve Nahcivan'ın bulgularına göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Clemson ve arkadaşları çalışmasında genel ölçek puan ortalamasının bu çalışmanın sonucundan daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada yer alan yaşlıların evde yalnız yaşayanların bilişsel uyum puanı ($3,226 \pm 0,728$), farkındalık puanı ($2,677 \pm 0,571$), düşme davranışları ölçeği genel puanı ($2,785 \pm 0,367$) anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Bu çalışmada yaşlılardan eşi yaşamını yitirmiş olanların bilişsel uyum, güvenli hareket ve düşme davranışı genel ölçek puanı evli ve bekar olanların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Evli olanların da güvenli hareket puanı bekar olanların puanından anlamlı seviyede daha yüksek olarak belirlendi.

Çakar ve arkadaşlarının çalışma sonucunda evli bireylerin düşmeden korunmada daha güvenli

davranışa sahip olduğu saptanmıştır (16). Uysal ve arkadaşlarının araştırma bulgularında evlilerin düşmeye karşı daha güvenli davranışlar sergiledikleri görülmüştür (17). Yörük'ün çalışma sonucuna göre bekar olanların düşme korkusu anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (18). Bıyıklı ve Nahcivan huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda düşme ile ilişkili faktörlerini araştırdığı çalışmada sosyal güvence değişkeni dışında cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve medeni durum ile düşme arasında fark bulunmadığını belirtmiştir (19). Doğan'ın çalışmasında huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda medeni durum ile düşme arasında anlamlı fark bulunmamıştır (20).

Bu çalışmada Çakar ve ark.'nın, Uysal ve ark.'nın, Bıyıklı'nın ve Doğan'ın çalışma sonuçlarından farklı olarak evlilerle birlikte eşi yaşamını yitirmiş olanların da düşmeye karşı daha güvenli davranışlara sahip olduğu görülmektedir (19,20,22,23). Bu çalışmada literatürle benzer olarak evli olanların düşmeye karşı kendini korumada daha güvenli davranışlara sahip olduğu görülmektedir. Literatürden farklı olarak eşi yaşamını yitirmiş olanların bekarlara göre düşmeye karşı daha güvenli davranışlara sahip olduğu da dikkati çekmiştir.

Bu araştırmaya göre kullanılan ilaç sayısının artmasının sakınma, bilişsel uyum ve güvenli hareket alt ölçek puanlarını anlamlı düzeyde azalttığı belirlendi. Evde yaşayan yaşlıların kullandığı ilaç sayısının düşme üzerinde etkili olduğu görülmüştür (23).Yapılan diğer çalışmalarda kullanılan ilaçların sayısı arttıkça düşme riskinin de arttığı bildirilmiştir (21). Karataş ve Maral (2001)'in araştırma sonucuna göre de ilaç kullananlarda düşme daha fazla düzeyde bulunmuştur. Yörük (2012) yaptığı çalışma sonucunda türü ne olursa olsun kullanılan ilaç sayısı arttıkça düşme riskinin arttığını belirtmiştir (21).

Bu araştırmanın sonuçlarıyla yapılan çalışmaların sonuçları paralellik göstermektedir. Literatürde düşme sebepleri arasında, kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, polifarmasi gibi faktörler yer almaktadır (22). Yardımcı araç kullananların seviye değişiklikleri ve düşme davranışı genel puanları yardımcı araç kullanmayanların puanlarından daha yüksek bulundu. Gemalmaz

ve arkadaşlarının (2004) araştırma bulgularına göre düşme açısından orta ve ciddi risk grubundaki yaşlıların düşme eğilimlerinin yüksek olmasına karşın yardımcı yürüme araç kullanımının düşük olduğunu bildirmiştir (23). Yürürken denge sağlayan çeşitli yardımcı araçların kullanımının yarar sağladığı da literatürde yer almaktadır (18).

Kronik hastalığı olanların sakınma ve düşme davranışı genel puanları kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek saptandı. Yaşa bağlı kronik hastalıklar da düşme riskinde artışa yol açabilirler. Parkinson hastalığı, diyabet, diz osteoartriti gibi hareket etmeyi ve dengeyi etkileyen hastalıkların düşme riskini artırdığı belirlenmiştir (23). Bu çalışmada yer alan yaşlılardan kronik hastalığı olanların düşme açısından güvenli davranış göstermelerinin düşmelerden korunmada olumlu bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Gözlük kullananların güvenli hareket, seviye değişiklikleri, düşme davranışı genel puanları gözlük kullanmayanların ilgili alt ölçek ve genel ölçek puanlarından yüksek bulundu. Görme keskinliğinde azalma, görme alanında kayıplar ve derinlik hissinde yetersizlik nedeniyle düşmeler yaşanabilmektedir. Şekeryapan ve ark. çalışmasının sonucunda düzenli gözlük kullanımının düşme sonucu kırık yaşayanlarda düşük düzeyde olduğu ve düştükleri sırada da gözlükleri takılı olmayan kişilerin sayısının fazla olduğu bildirilmiştir (24). Yaşlıların basamaklarda ve ev dışında alışık olmadıkları yerlerde gözlüklerini kullanmalarının düşmeden korunmada daha yararlı olabileceği bildirilmiştir (18). Bu çalışmada gözlük kullananların düşmeye karşı daha güvenli davranış göstermesinin düşmeden korunmada önemli olduğu ve bu bireylerde görme yetersizliği nedeniyle daha güvenli davranışlar göstermeye özen gösterdikleri düşünülebilir.

Fiziksel harekette destek alanların sakınma, aktivite planında değişiklik, seviye değişiklikleri ve düşme davranışı genel puanları fiziksel harekette destek almayanlardan yüksek saptandı. İşitme problemi olanların düşme davranışları açısından daha riskli olduğu işitme fonksiyonlarında bozukluklarla paralel olarak sık sık denge bozuklukları, düşmeler ve günlük yaşam

aktivitelerinde kısıtlanmalar ortaya çıkmaktadır (23).

Sonuç ve Öneriler

Evde tek yaşayan yaşlıların, kullandığı ilaç sayısı az olanların, işitme problemi olmayanların, yardımcı araç kullananların, kronik hastalığı olanların, gözlük kullananların, fiziksel harekette destek alanların düşmeye karşı daha güvenli davranışa sahip olduğu görüldü. Bu grupların dışında yer alan yaşlıların düşmeye karşı güvenli davranışlarının geliştirilme ihtiyacı olduğu düşünülmektedir. Hastaneye yatan yaşlıların hem hastane hem ev ortamının düşme riski açısından değerlendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması, yaşlılara yönelik düşmeden korunmayı sağlayıcı eğitim programlarının uygulanarak bilinçlendirilmesi önerilmektedir.

İletişim: Dr. Nükhet Kırığ

E-posta: nukhetkirag@gmail.com

Kaynaklar

1. Yıldırım Y. K, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde düşme korkusu, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Türk Geriatri Derg. 2004; 7: 78-83.
2. İlçe A.Ö, İlçe A.C, Dıramalı A. Yaşlılarda ev kazalarının önlenmesi ve ev kazalarının önlenmesine yönelik iç mekan çözümlenmeleri. Hacettepe Üniv. Sosyolojik Araştırmalar e- dergisi 2007; 1(1):1-13.
3. Centers for Disease Control and Prevention Costs of Falls Among Older Adults. Accessed July 10, 2015, at <http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/fallcost.html>.
4. Meriç M, Oflaz F. Yaşlılarda düşme yaşantısıyla ilgili algıları ve günlük yaşamlarına etkisi üzerine niteliksel bir çalışma. Turkish J. Of Geriat. 2007; 10: 19-23.
5. O'Connell B, Myers H. A failed fall prevention study in an acute care setting: lessons from the swamp. Inter. J. of Nursing Prac. 2001; 7: 126-130.
6. Karataş G.K, Maral I. Ankara-Gölbaşı ilçesinde geriatrik popülasyonda 6 aylık dönemde düşme sıklığı ve düşme için risk faktörleri. Geriatri 2001; 4: 152-158.
7. Savcı C, Kaya H ve ark. Nöroloji ve nöroşirürji kliniklerinde hastaların düşme riski ve alınan önlemlerin belirlenmesi. Maltepe Üniv. Hemş. Bilim ve Sanatı Derg. 2009; 2: 19-24.
8. Özden D, Karagözoğlu Ş, Kurukız S. Hastaların iki ölçeğe göre düşme riskinin belirlenmesi ve bu ölçeklerin düşmeyi belirlemedeki duyarlılığı: Pilot Çalışma. J. of Anatolia Nursing and Health Sciences 2012; 15:10-12.

9. Tel H, Güler N, Tel H. Yaşlıların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Durumu ve Yaşam Kaliteleri. Turkish J. of Research & Development in Nursing 2011; 13:5-8.
10. Clemson L, Cumming R. G, Heard R. The development of an assessment to validate behavioral factors associated with falling. The American J. of Occupational Therapy 2003; 57: 380-388.
11. Uymaz P. E, Nahcivan N. Yaşlılar İçin Düşme Davranışları Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği. Florence Nightingale Hemş.Derg. 2013; 21: 22-32.
12. Cameron ID, Murray GR, et al. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. Cochrane Database Syst Rev 2010;1:CD005465.
13. Al-Aama T. Falls in the elderly. Can Fam Physician 2011; 57: 771-6.
14. Uymaz P. E, Nahcivan N. O. Evaluation of a Nurse-Led Fall Prevention Education Program in Turkish Nursing Home Residents. Educational Gerontology 2015;1:3-8.
15. Clemson L, Cumming R. G, Kendig H, Swann M, Heard R, Taylor K. The effectiveness of a community-based program for reducing the incidence of falls in the elderly: A randomized trial. J.of the American Geriatrics Society 2004; 52: 1487-1494.
16. Çakar E, Durmuş O, Dinçer Ü, Kıralp M, Soydan F. Yaşlılarda Evliliğin Yaşam Kalitesi ve Düşme Riskine Etkileri. Türk Geriatri Derg. 2011; 14: 331-336.
17. Uysal A, Ardahan M, Ergül Ş. Evde Yaşayan Yaşlılarda Düşme Risklerinin Belirlenmesi. Türk Geriatri Derg. 2006; 9: 75-80.
18. Yörük S. Balıkesir Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniğinde Yatan Yaşlılarda Düşme Korkusu Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Derg. 2012; 13: 25-29.
19. Bıyıklı K. Yüksek Lisans Tezi; " Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Düşme ile İlişkili Faktörler: Demografik Özellikler, Sağlık Sorunları ve Kullanılan İlaçlar" İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Nursen Nahcivan. İstanbul-2006.
20. Doğan Z. Yüksek Lisans Tezi; "Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Düşme ile İlişkili Risk Faktörleri" Hacettepe Üniv. Sağlık Bilim. Enst., Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Nuray Kırdı. Ankara-2014.
21. Fink H.A, Wyman J.F, Hanlon J.T. Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology (6. bs). Spain: Chuchill Livingstone; 2002. pg:5-8.
22. Kırımlı E. Tıpta Uzmanlık Tezi, "Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Düşme Sıklığı ve Buna Etki Eden Nedenler" Marmara Üniv. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Pemra Cöbek Ünalın. İstanbul-2002.
23. Gemalmaz A, Dişçigil G, Başak O. Huzurevi Sakinlerinin Yürüme Ve Denge Durumlarının Değerlendirilmesi. Turkish J. of Geriatric 2004; 7: 41-44.
24. Şekeryapan B, Balık S, Öner V, Güvercin Y, Türkyılmaz K, Erkut A, Durmuş M. Görme Bozukluğu ile Ekstremitte Kırıklarının İlişkisi. Turk Oftal.Derg. 2013; 43:32-36.



Dr. Füsün Sunar¹, Dr. Şerife Çınar²

Geliş/Received : 08.12.2016
Kabul/Accepted: 25.04.2017

Öz

Sağlık sektörü yoğun emek isteyen sektörlerden birisidir. Doktorlar, eczacılar, diş hekimleri, veterinerler, mühendisler, işletmeciler, temizlik ve bakım işçileri, sosyal hizmet uzmanları, diyet ve beslenme uzmanları, hemşireler, ebeler, şoförler ve hatta aşçılar sağlık çalışanlarının içindedirler. Bugünkü geniş kapsamlı iş sağlığı anlayışı, çalışanların iyilik haline, iş doyumuna ve yaşam kalitesine kadar uzanan geniş bir disiplindir. Sağlık çalışanları da bu disiplin içerisinde yer alır. Hastaneler, İş Sağlığı ve Güvenliği'ne ilişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği'ne göre "Çok tehlikeli işler" sınıfında değerlendirilmektedir. Bu nedenle; sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları çok yönlü olarak ele alınmalıdır.

Anahtar sözcükler: Sağlık çalışanı, İş sağlığı, İş güvenliği

Abstract

Healthcare sector is one of the sectors that require intensive labour. Physicians, pharmacists, dentists, veterinarians, engineers, operators, cleaning and maintenance workers, social workers, nurses, midwives, drivers and even cooks are healthcare workers. Today's comprehensive approach to occupational health is a broad discipline extending into employees' well-being, job satisfaction, and quality of life. Health professionals also take part in this discipline. According to Communiqué on Workplace Occupational Health and Safety Related Hazard Classes, hospitals are qualified among "very dangerous workplaces". Therefore, occupational health and safety practices for healthcare workers should be addressed in a multifaceted way.

Key words: Healthcare workers, Occupational health, Occupational safety

* Bu çalışma 11-13 Nisan 2012 tarihleri arasında Malatya'da düzenlenen 3. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

1 Yrd. Doç.; KTO Karatay Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, Konya

2 Yrd. Doç.; KTO Karatay Ü. Tıp Fak. Anatomi AD, Konya

İş sağlığına ilişkin çeşitli tanımlar vardır. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) uzmanlarınca 1950 yılında yapılan tanım şudur: “İş sağlığı; tüm mesleklerde işçilerin bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik durumlarını en üst düzeye ulaştırmak ve bu düzeyde sürdürmek; çalışma koşulları yüzünden sağlıklarının bozulmasını önlemek; çalışmalar sırasında sağlıklarına aykırı etmenlerden korumak; onları fizyolojik ve psikolojik durumlarına en uygun bir çalışma ortamına yerleştirmek ve bu durumu sürdürmektir. Özet olarak işin insana ve insanın işe uyumunu sağlamaktır”.

Bugünkü geniş kapsamlı iş sağlığı anlayışı, çalışanların iyilik durumunda, iş doyumuna ve yaşam kalitesine kadar uzanan geniş bir disiplindir (1).Sağlık çalışanları da bu disiplin içerisinde yer alır.

Sağlık sektörü yoğun emek isteyen sektörlerden birisidir. Doktorlar, eczacılar, diş hekimleri, veterinerler, mühendisler, işletmeciler, temizlik ve bakım işçileri, sosyal hizmet uzmanları, diyet ve beslenme uzmanları, hemşireler, ebeler, şoförler

ve hatta aşçılar sağlık çalışanları tanımı içindedirler (2). Sağlık çalışanları, hastalara ve/veya doku parçaları ile kontamine tıbbi malzeme ve donanım, kontamine çevre yüzeyleri ya da hava dahil olmak üzere bulaşıcı malzemelere maruz kalma potansiyeline sahip, sağlık bakım alanlarında çalışan tüm ücretli ve ücretsiz kişiler olarak tanımlanır (3). Sağlık kurumlarından kaynaklanabilecek riskleri/maruziyetleri çeşitlendirebilsek, sağlık kurumlarında “İşçi Sağlığı İş Güvenliği Yönetim Sistemleri” gibi bir yaklaşımın kapısını aralayabiliriz. Bu yaklaşım bizi iki temel kavram/kurulla tanıştıracaktır.

1. Sağlık Kurumlarında “Mesleki Sağlık Birimi-İşyeri Sağlık Birimi” ya da yaygın bilinen adıyla “İşçi Sağlığı, İş Güvenliği Kurulları”.

2. Sağlık Kurumlarında “İş Güvenliği kuralları” ya da başka bir deyişle “Risk Değerlendirme”.

Bu kurullar sayesinde iş güvenliği yaklaşımları kurumsallaşacak, demokratikleşecek ve işlevselleşecektir. Bu kurullar bir yönetim



Kamile Kurt “Anarko” Bülent Kaplan
STED Fotoğraf Yarışması 2016 Sergi Ödülü

sistemine sahip olabilir; işe giriş muayeneleri, periyodik muayeneleri, çalışanların işe uyumu, bağışıklama, sağlık eğitimleri, iş güvenliği çalışmalarının organizasyonu, özellikli çalışanların takibi/muayenesi, iş ortamı risklerinin belirlenmesi, veri toplanması, araştırma yapılması, danışmanlık yapılması gibi işlevleri yerine getirilebilecektir.

Bunların yanı sıra; bu kurulların oluşumu işçi sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi oluşturulmasının örgütsel zeminini oluşturacak ve sistematik bir yaklaşım sağlayacaktır (4). Yoğun ve yorucu çalışmalar sırasında elbette sağlık çalışanları pek çok hastalık ve kaza riskleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 06 Nisan 2011 tarihinde "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Sağlık Bakanlığı hasta ve çalışan güvenliği açısından tüm sağlık kuruluşlarını değerlendirmeye başlamıştır. Bu değerlendirme de 'hastane kalite standartları' kullanılmaktadır.

Bu Yönetmeliğin amacı; tüm üniversite ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için olası risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir.

Çalışan güvenliği uygulamaları

Bu yönetmelik kapsamındaki sağlık kurulları;

- Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
- Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
- Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması,
- Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,

Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması konularında da

gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar. Hasta ve çalışan güvenliği ortak uygulamaları Bu yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları; Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili olarak;

- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik bir programın hazırlanması,
- Hastane enfeksiyonlarının izlenmesine yönelik sörveyans çalışmalarının yapılması,
- El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemelerin yapılması,
- İzolasyon önlemlerinin alınması,
- Temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarının gerçekleştirilmesi,

Laboratuvar güvenliği ile ilgili olarak;

Biyogüvenlik düzeyine göre gerekli önlemlerin alınması,

- Laboratuvarda çalışılan testlerin kalite kontrol çalışmalarının yapılması,
- Panik değerlerin bildirimine sağlanması,
- Radyasyon güvenliği ile ilgili olarak; tanı ve tedavi amaçlı radyoaktif madde kullanılan alanlarda koruyucu önlemlerin alınması,

Renkli kod uygulamaları ile ilgili olarak;

- Mavi kod uygulamasının yapılması,
- Pembe kod uygulamasının yapılması,
- Beyaz kod uygulamasının yapılması,

Güvenlik raporlama sistemi ile ilgili olarak;

- Güvenlik raporlama sisteminin kurulması,
- Bildirimi yapılacak olayların asgari ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, hastaların düşmesi, kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile temas konularını kapsamaması,
- Bildirimi yapılan olaylar ile ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetlerin uygulamaya konulması.

Eğitimler ile ilgili olarak; sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanlara, hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi,

- Eğitimler ile ilgili olarak; sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanlara, hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi.

Komitelerin kurulması ile ilgili olarak;

- Hasta güvenliği komitesi,

- Çalışan güvenliği komitesi kurulması, hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

Bu yönetmelikte yer alan usul ve esasların kesintisiz ve etkin bir biçimde uygulanması, uygulama sırasında saptanan sorun ve aksaklıkların giderilmesi için gerekli tedbirlerin alınması, uygulamanın izlenmesi ve değerlendirilmesi, ilgili sağlık kurumunun en üst amirinin sorumluluğundadır. Değerlendirmeler değerlendiriciler tarafından yılda en az bir defa Hizmet Kalite Standartlarından seçilecek bölümler üzerinden yapılır. Sağlık kurumlarının bu kapsamda değerlendirilen bölümlerde yer alan hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili standartlardan 100 üzerinden en az 80 puan alması gerekmektedir. Bakanlık bu puanı artırmaya yetkilidir (5).

Hastaneler, İş Sağlığı ve Güvenliği'ne ilişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği'ne göre "Çok tehlikeli işler" sınıfında değerlendirilmektedir.

Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları çok yönlü olarak ele alınmalıdır. İşyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı ve diğer sağlık personeli koordineli biçimde çalışmalıdır. Hastanelerde en geç iki yılda bir risk değerlendirmesi yapılması gerekmektedir. Hastanelerde çalışanlara verilecek iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri yılda en az bir defa ve en az on altı saat olacak biçimde yapılmalıdır. Hastanelerde çalışanların periyodik muayeneleri en geç yılda bir defa olmak üzere tekrarlanmalıdır. Ancak hastanelerin departmanlarına göre çalışanların muayene sıklığı ve muayenelerde hangi tetkiklerin yapılacağı değişiklik göstermektedir. Örneğin, sterilizasyon ünitelerinde çalışanlara en az yılda bir akciğer grafisi, solunum fonksiyon testi, kan sayımı, odiyometri testi yapılması gerekmektedir.

Sağlık Personelinin en önemli mesleksel hastalığı ve ölüm nedeni enfeksiyondur.

Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği Resmi Gazetede 2005 yılında yayınlanmıştır.

Madde 8 göre:

- Enfeksiyon kontrol komitesinin faaliyet alanları şunlardır:

- Sürveyans ve kayıt,

- Antibiyotik kullanımının kontrolü,

- Dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon,

- Sağlık çalışanlarının meslek enfeksiyonları,

- Hastane temizliği, çamaşırhane, mutfak, atık yönetimi gibi destek hizmetlerinin hastane enfeksiyonları yönünden kontrolü (6).

Bu Yönetmelik; kamu kurum ve kuruluşları ile özel sektöre ait bütün yataklı tedavi kurumlarını ve bu yataklı tedavi kurumlarında görev yapan personeli kapsar.

Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen tehlike ve riskler; biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psikososyal olarak gruplandırılmıştır.

Hastanelerde 29 tip fiziksel, 25 tip kimyasal, 24 tip biyolojik, 6 tip ergonomik ve 10 tip psikososyal tehlike ve risk olduğu bildirilmiştir (7). Sağlık çalışanlarında görülen yaygın iş kazaları kesici-delici aletle meydana gelen yaralanmalar, kan-vücut sıvılarıyla bulaş, hastaları ve objeleri kaldırma, ağır kaldırmaya bağlı sırt yaralanmaları, düşme, çarpma, takılma, kayma vb. nedenlere bağlı kas-iskelet sistemi yaralanmaları, şiddet, alerjik reaksiyon ve yanıklardır.

Ayrıca çalışma ortamında meydana gelen zehirlenme, trafik kazası vb. kazaları da içermektedir (8). Sağlık ve güvenlik önlemleri alınmadığı takdirde, bu sağlık sorunlarının mesleki hataları daha riskli boyuta taşıdığı bilinmektedir.

Sağlık Çalışanları İçin Sağlık ve Güvenlik Önlemleri

Diğer çalışanlardan çok farklı olarak sağlık çalışanlarının zaten işlerinin çoğu zaman bulaşıcı enfeksiyonlar ya da virüsler olması nedeni ile yoğun iş temposu düşünüldüğünde iş kazaları ve meslek hastalıkları riski de çok fazla olacaktır.

6331 sayılı kanun kapsamına giren sağlık hizmetleri, niteliği bakımından içerdiği riskler ve tehlikeler sebebiyle iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının etkin olarak gerçekleştirilmesi gerekli hizmetlerdir.

Sağlık çalışanları kendi sağlık ve güvenliklerinden öncelikle kendileri sorumludur. Bununla birlikte

sağlık kurumları da iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin tam olarak verilmesinden öncelikli olarak sorumludur. Bu bakımdan sağlık hizmetlerinin verilmekte olduğu sağlık birimlerinde yapılması gerekenler;

Sağlık çalışanlarının güvenliğini ve sağlığını olumsuz etkileyebilecek risk ve tehlikelerin yapılan işin mahiyeti dikkate alarak tanımlamak,

- Tanımlanan risk ve tehlikelerin sağlık çalışanlarının sağlığına ve işin verilmesi sırasındaki performanslarına yapacağı etkiyi göz önünde bulundurmak,
- Tanımlanan tehlike ve risklerin bertaraf edilmesi için kurum içinde gerekli iş süreçlerini ve alınması gerekli önlemleri belirlemek,
- Kurumdaki çalışan sayısına göre İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu oluşturmak ve tüm sağlık kurumları bakımından iş güvenliği uzmanı ile işyeri hekimi istihdam etmek,
- Çalışan güvenliği komitesi oluşturmak ve çalışanlara yönelik şiddet riskini bertaraf edecek eğitim ve tedbirleri almak, bu kapsamda "Beyaz Kod" uygulamasını etkin duruma getirerek sağlık çalışanlarına güvenli bir çalışma ortamı sağlamak,
- Sağlık çalışanları için işyeri acil durum ve tahliye planı oluşturmak,
- Tüm sağlık çalışanlarına kanunda yazılı şart ve sürelerde iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri verilmesini sağlamak olarak sayılabilir (9).

Bu önlemler, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı denetimleri yolu ile süreklilik kazanacak biçimde uygulanmalıdır. Bu kapsamda; uygulamaların etkin kılınması, yalnızca sağlık çalışanı ve hekimlerin çabası ile değil, sağlık kurumu yönetiminin uygulayacağı politikalar ve nihai olarak devletin kamu sağlığını korumak için çıkarmış olduğu yasal düzenlemelerin uygulanması ve yetkili organlar tarafından denetlenmesi ile olanaklıdır. Yapılan denetlemeler sonucunda iş sağlığı ve güvenliği yasası hükümlerinin ihlalinin saptanması durumunda

yasanın öngördüğü idari para cezalarının uygulanması kaçınılmaz olacaktır.

Güvenli, kaliteli ve verimli sağlık hizmetinin sunulması, sağlık çalışanlarının kaliteleri ve performanslarını destekleyen çalışma ortamına bağlıdır. Özellikle hastanelerde çalışma ortamının sağlık çalışanları ve hastalar açısından sağlıklı ve güvenli olması önem taşımaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığı; "Yalnızca hastalıklardan ve mikroplardan korunma değil, bir bütün olarak fiziki, ruhi ve sosyal açıdan iyi olma hali" olarak açıklar (1).

"Sağlıklılara ne olabilir ki?"

Onlar zaten sağlık kuruluşlarında çalışmıyorlar mı?"

İletişim: Dr. Füsün Sunar

E-posta: fusun.sunar@karatay.edu.tr

Kaynaklar

1. Afşar B, Büyükdoğan B. Kadın işgücü disiplinler arası bir bakış. Sf:209-210. Mart, 2016 Gazi kitabevi. Ankara.
2. <http://www.isguvenligi.net/iskollari-ve-is-guvenligi/saglik-sektorunde-is-sagligi-ve-guvenligi/1>.
3. Meydanoğlu A. Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği. Balıkesir Sağlık Bil Derg. 2013;2(3);192-199.
4. <http://www.ttb.org.tr>
5. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>
6. <http://www.resmigazete.gov.tr/Eskiler/2005/08/20050811-6.htm>
7. Özkan Ö, Emiroğlu ON. Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Derg. 2006;10(3);43-51.
8. Uçak A. Sağlık personelinin maruz kaldığı iş kazaları ve geri bildirimlerinin değerlendirilmesi. Sağlık bilimleri enstitüsü, Yüksek lisans tezi. 2009:18. Afyonkarahisar.
9. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/04/20150423-3.htm>.



Yeşim Anık¹, Dr. Kamile Altuntuğ², Dr. Emel Ege³

Geliş/Received : 22.03.2016
Kabul/Accepted: 12.04.2017

Öz

Doğal doğum kendiliğinden başlayan, kadının kendi doğumuna aktif olarak katıldığı, doğal hormonların aktif olarak salgılandığı, olanaklı olduğunca girişimsiz gerçekleşen, bebeğin doğar doğmaz çıplak anne göğsüne bırakıldığı ve mümkün olduğunca uzun bağlanma sürecinin yaşatıldığı doğumlardır.

Günümüzde modern kadın, doğum eyleminin tıbbi girişim olmaksızın kadının dayanabileceğinden daha ağrılı ve tehlikeli olduğunu düşünmektedir. Kadınlar korkmakta, hastaneye girdiklerinde kendilerini güvende hissetmelerini sağlayacak bilgiden yoksun ve konuşacak, uygulamaları sorgulayacak, destek soracak ve doğuma saygı duyulmasını isteyecek gücü kendilerinde bulamamaktadır. Kadınların doğum korkularının altında yatan faktörleri doğum öyküleri, önceki doğum deneyimleri, destek düzeyleri, evlilik ilişkileri, tıbbi bakım, sağlık profesyonelleri ile olan iletişimi, ekonomik gelir durumu, kişisel suistimal deneyimi ve bilgi eksikliği oluşturmaktadır. Doğum korkusu sezaryen ile doğum oranlarının her geçen gün artmasına neden olmaktadır. Bu derlemede sezaryen doğum oranlarının azalmasına katkı sağlamak ve kadının doğumda aktif rol almasını sağlamak amacıyla perinatal dönemde gebe kadına ve ailelerine doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında, doğal doğum konusunda yeterli düzeyde bilgilendirme ve danışmanlık yapmanın önemini vurgulanması amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Doğum, Obstetrik, Korku

Abstract

Natural delivery is a condition in which the labor starts spontaneously, the woman actively participates in her own childbirth, the natural hormones are actively secreted, the delivery is achieved as non-invasive as possible, the baby is left naked on mother's chest as soon as it is born and the attachment process is maintained as long as possible. Today, the modern women consider the labor as a phenomenon that is more painful and dangerous than a woman can withstand without medical intervention. The women are scared and lacking the knowledge to make themselves feel safe when they enter the hospital and, do not have confidence in themselves to talk, to inquire about the procedures, to seek support and to ask others to respect the childbirth. The underlying factors of the delivery fear among women are childbirth stories, previous childbirth experiences, support levels, marital relations, medical care, communication with health professionals, income level, personal experience of abuse and lack of knowledge. Fear of normal birth leads to increases in Cesarean section rates with each passing day. It has been aimed in this review to highlight the importance of adequate information and counseling about natural childbirth as a part of prenatal care services for the pregnant women and their families during the perinatal period in order to contribute to a reduction in Cesarean section rates and to ensure that women take an active role in childbirth.

Key words: Delivery, Obstetrics, Fear

1 Arş. Gör.; Necmettin Erbakan Ü. SB Fak. Hemşirelik Bölümü Doğum Kadın Sağlığı ve Hast. Hemş. AD, Konya
2 Yrd. Doç.; Necmettin Erbakan Ü. SB Fak. Hemşirelik Bölümü Doğum Kadın Sağlığı ve Hast. Hemş. AD, Konya
3 Prof.; Necmettin Erbakan Ü. SB Fak. Hemşirelik Bölümü Doğum Kadın Sağlığı ve Hast. Hemş. AD, Konya

Doğal doğum kendiliğinden başlayan, kadının kendi doğumuna aktif olarak katıldığı, doğal hormonların aktif olarak salgılandığı, mümkün olduğunca girişimsiz gerçekleşen, doğum sonrası kordonun geç kesildiği, bebeğin doğar doğmaz çıplak anne göğsüne bırakıldığı ve mümkün olduğunca uzun bağlanma sürecinin yaşatıldığı doğumlardır (1,2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Lamaze Organizasyonu doğal doğumları artırmak ve en az girişim ile sağlıklı doğumların gerçekleşmesini sağlamak amacıyla doğum sürecini yöneten sağlık profesyonellerine yönelik olarak kanıta dayalı uygulamaları içeren bir kılavuz yayınlamıştır. Kanıta dayalı uygulamaların esas alındığı kılavuza göre, doğum eylemi kendi başlamalı, doğum süresince gebelerin hareket özgürlüğü kısıtlanmamalı, gebeye duygusal ve fiziksel destek sağlanmalı, gereksiz girişimlerden kaçınılmalı, doğumda sırtüstü yerine diğer pozisyonlar desteklenmeli, doğum sonrası süreçte anne ve bebeğin bir arada kalması sağlanmalıdır (3,4).

Günümüzde doğumu yaklaşan bir anneye doğumunu ne zaman yapacaksınız? "*Normal doğum mu olacak yoksa sezaryen mi?*" gibi sorular yöneltilmektedir. Günümüzde modern kadın, doğum eyleminin tıbbi girişim olmaksızın kadının dayanabileceğinden daha ağırlı ve tehlikeli olduğunu düşünmektedir (1). Kadınlar korkmakta, hastaneye girdiklerinde kendilerini güvende hissetmelerini sağlayacak bilgiden yoksun ve konuşacak, uygulamaları sorgulayacak, destek soracak ve doğuma saygı duyulmasını isteyecek gücü kendilerinde bulamamaktadır (1,5). Diğer yandan modern hastanelerde doğumhane, riskli gebe, lohusa ve yenidoğan servisleri normallığı destekleyecek ve olası problemleri azaltacak yönde düzenlenmemiştir. Hastanelerde kadının doğum yapması bir problem olarak görülmekte, özellikle de kadının tek başına bir şey yapması istenmemektedir (1). Sağlık Bakanlığı ve tıbbi otoriteler tarafından normal doğumun güvenli ve sağlıklı olduğunun vurgulanmasına, bununla ilgili kampanyalar yürütülmesine karşın sezaryen ile doğum hala modern doğum şekli olarak görülmeye devam etmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1985'ten beri hedeflediği ideal sezaryen oranı % 10-15 arasında olmasına karşın (6), sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı (2014); Dünya'da % 17, DSÖ Avrupa Bölgesi'nde %25, üst gelir grubu

ülkelerde %28 ve orta-üst gelir grubu ülkelerde %32 olduğu belirtilmiştir (7). Ekonomi Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'nün Sağlık İstatistikleri'ndeki (2015) sezaryen oranlarına bakıldığında; Fransa'da %20.8, İngiltere'de %23.0, Almanya %30.9, Avustralya'da %32.1, Amerika Birleşik Devletleri'nde %32.5, İtalya'da %36.1 ve Meksika %45.2'dir (8). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sezaryenle doğum oranı giderek artış göstermektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre 2003 yılı için %21,2 olan genel sezaryen oranının 2008 TNSA'da %36,7; 2013 TNSA' da ise %48'e yükseldiği bildirilmektedir (9). Dünya Sağlık Örgütü yaptığı sistematik incelemede sezaryen doğum hızlarındaki artışın mortalitedeki azalmayla ilişkili olmadığını, bu durumun sosyoekonomik faktörlerle açıklanabileceğini belirtmiştir (6). Literatürde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Ergöl ve arkadaşları (10) yaptıkları çalışmada, çalışmaya dahil edilen kadınların %79,2'sinin sezaryen ile doğum yaptığını belirlemiştir. Kadınların doğum yöntemleri hakkındaki bakış açısını değerlendirmek amacıyla yapılan bir başka çalışmada ise gebelerin %13'ünün sezaryen doğumu tercih ettiği, sezaryen ile doğumu tercih edenlerin %47,5'inin daha önce en az bir defa sezaryen operasyonu geçirdiği belirlenmiştir (11). İlk doğumların sezaryen oranındaki artışına paralel olarak ve sezaryen sonrası vajinal doğum kullanımının azalması ile toplam sezaryen oranı artmaktadır (12). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı (2014) verilerine göre sezaryen oranı %51.1, tekrarlayan sezaryen oranı ise %24,8'dir (7). Bu tablo primer sezaryen oranlarının düşürülmesi ile toplam sezaryen oranlarının azalacağını göstermektedir. Doğum gibi doğal süreçlerin tıbbi süreçler haline gelişi kadınlara gereksiz teşhis ve tedavi girişimlerinin yapılmasına, kadınların kendi bedenleri üzerindeki denetimlerini kaybetmeleri nedeniyle zarar görmesine ve kaçınılmaz olarak sağlık harcamalarının artışına neden olmaktadır (13). Tibbileştirme ve erken teşhis/tedavi arayışının kar amaçlı saptırılmış teşviki özellikle hekim başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının aylık ücretlerinin performans temelli olarak ödenmeye başlanmasının günlük tıp uygulamalarına yansması kaçınılmaz duruma gelmiştir (13,14). Ayrıca hasta şikayetleri ve hukuki/adli süreçler açısından bakıldığında, kadın hastalıkları ve doğum alanı tüm uzmanlık alanları

arasında bu tür sorgulama ve soruşturmalara en fazla konu edilen alan olarak öne çıkmaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum alanının bu baskın konumu, beklenmedik sonuçların, anne ve bebek kayıplarının bir sonucundan kaynaklanabilmektedir (15). Bu nedenle sezaryenin olumsuz etkilerinin anlatılması yerine gerçeklerin temeline inmek en uygun çözüm olacaktır (2).

Gebeleri doğal doğuma yönlendiren farklı doğuma hazırlık eğitim modelleri (Lamaze Metodu, Bradley Metodu (Eşin Koçluğu), HypnoBirthing-Mongan Metodu, Farkındalığa Dayalı Model ve England Modeli) modern tıbbin gerekli girişimleri reddetmemektedir. Tam tersine gerektiği zaman modern tıbbin tüm olumlu girişimlerin kullanılabilmesini önermektedir. Burada önemli olan nokta girişimlerin fark gözetilmeden her anneye rutin olarak uygulanması yerine gerekli koşullarda gerekli doğumlarda uygulanmasıdır (2,5). Bu yüzden müdahalesiz doğum yerine olanaklıysa müdahalesiz ancak sağlıklı bir anne ve bebeğin hedeflendiği doğum biçimi tercih edilmelidir (2).

Bu derlemede sezaryen doğum oranlarını düşürmek ve kadının doğumda aktif rol almasını sağlamak amacıyla perinatal dönemde gebe kadına ve ailelerine doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında doğal doğum konusunda yeterli düzeyde bilgilendirme ve danışmanlık yapmanın öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Doğumdaki En Büyük Sorun: Korku

Doğum anıyla ilgili bilinmezlik özellikle ilk doğumunu yapan annelerde kaygıya neden olabilmektedir. Tarihi süreç içinde kadınların bu normal fizyolojik olay hakkındaki korkuları gittikçe artmıştır. Kadınların doğum korkularının altında yatan faktörleri doğum öyküleri, önceki doğum deneyimleri, destek düzeyleri, evlilik ilişkileri, tıbbi bakım, sağlık profesyonelleri ile olan iletişimi, ekonomik gelir durumu, kişisel suistimal deneyimi ve bilgi eksikliği oluşturmaktadır (1,5,16). Lukasse ve arkadaşları (16) yaptıkları çalışmada kadınların geçmişinde istismar öyküsünün olmasının negatif doğum deneyimi yaşamalarında risk faktörü olduğunu, multiparlarda yaşanan doğum korkusunun ise negatif doğum deneyimi yaşamaları ile ilişkili olduğunu belirlemiştir. Karakuş ve Şahin'in çalışmasında (17) kendi isteği ile sezaryen doğumu tercih eden kadınların %62,1'i ağrı

korkusu nedeniyle, %26,4'ü ise güvenli olduğunu düşündüğü için sezaryen ile doğumu tercih ettiklerini ifade etmiştir.

Doğum yapan kadın özellikle korkunun kontrolündedir. Çünkü kadın taşıdığı canlının doğumunda kendisinin sorumlu olduğunu hissettiren içgüdülere sahiptir. Öncelikli olarak bebeğinin yaşamını düşünmekte ve birçoğu bebekleri için gerekli olan her ne uygulama ya da test varsa yapılmasını kabul etmektedir. Korkuya yönelik olarak yaşanan bu savunmasızlık hali doğum yapan kadını, bilinçli ya da bilinçsizce kadının korkularını kontrol etmeye çalışan kişilere karşı kolay bir av durumuna getirmektedir (1). Geissbuehler ve arkadaşları (18) gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada; gebelerin %50'si bebeğinin sağlığı ile ilgili korku yaşadığını, %40'ı ise ağrı korkusu yaşadığını ifade etmiştir. Doğum korkusu gerilim yaratarak tüm kaslarda spazma yol açmakta ve ağrıyı artırmaktadır. Böylece kadın, korku-gerginlik-ağrı döngüsünün içine girmektedir (19). Yüksek düzeyde korku, uterusun kontraksiyonunu engelleyen katekolaminlerin aşırı salınımına neden olmakta ve uterin distosi gelişme riskini artırmaktadır. Ayrıca servikal dilatasyonun sekonder olarak durmasına, doğumun uzamasına yol açarak fetal distrese ve sezaryen doğuma neden olabilmektedir (1,2).

Doğal Doğumda Gerekli Koşullar

Doğal bir doğumun gerçekleşebilmesi için bazı koşulların mutlaka sağlanması gerekmektedir. Bunların bazıları aile bireyleri tarafından sağlanırken, diğerleri sağlık kuruluşu tarafından sunulmaktadır (2).

1. Eğitim: Doğum konusundaki negatif düşüncelerine karşı gebe ve ailesine eğitim verilmesi sağlıklı ve doğal doğum eyleminin gerçekleşebilmesi açısından önemlidir. Eğitimlerde doğumun aşamaları, bu aşamalarda anneye ve doğum yardımcısına düşen görevler, nefes çalışmaları, bedensel hazırlıklar ve non-farmakolojik teknikler anlatılmalıdır (2). Aile ve sağlık ekibi doğumda ortak bir pozitif dil kullanılmalıdır. Doğum süreciyle ilgili yapılan eğitimlerin, gebelerde doğum korkularının, doğuma yönelik olumsuz düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin azalmasına yardımcı olduğu belirlenmiştir (2,20).

2. Güven: Doğal bir doğum eyleminin en önemli

duygusu güvendir. Anne mükemmel bir uyum içinde çalışan bedenine, bebeğine ve sağlık ekibine güvenmelidir. Sağlık ekibinin de gebeye ve ailesine güvenmesi gerekmektedir. Güvene dayalı ilişkilerin kurulduğu ailelerde doğumun her aşamasına ilişkin kararların birlikte alınabilmesi olanaklıdır. Bu durum ailenin doğuma aktif olarak katılabilmesini ve doğum sonrasında hissedebileceği pişmanlıkların en az seviyede olmasını sağlamaktadır (2). Kadınlar, korku nedenleri arasında sağlık personeline güvenmemenin de yer aldığını ifade etmiştir. Bu nedenle sağlık personelinin korkunun yalnızca kadından kaynaklı olmadığını anlaması ve kadına yardımcı olması gerekmektedir (21). Pınar ve Pınar (22)'in yaptıkları çalışmada, doğum eylemindeki kadınların %42,5'inin sağlık ekibine güven duydukları ve %45,2'sinin sorunlarını paylaşabildikleri belirtilmiştir.

3. Mahremiyet: Doğumda kadının kendini güvenli ve rahat hissedebileceği bir ortam sağlanmalıdır. Bilinçaltı güvende olduğunu hissetmelidir. Bu yüzden açık bir oda kapısı, sık sık izinsiz açılan kapılar, ziyaretçilerin sık sık gelmesi annenin tüm odaklanmasını olumsuz etkileyerek pasif bırakılmış bir durumda doğum yapmasına neden olmaktadır (2).

4. Hareket Özgürlüğü: Hareket özgürlüğü doğal bir doğumun vazgeçilmezidir (2). Hareket özgürlüğü sayesinde anne yerçekiminin avantajlarını kullanarak daha rahat edebileceği pozisyonları kendi içgüdüleri ile bulur. Hareket özgürlüğü kadına doğumun fizyolojik bir olay olduğunu anımsatarak kadını cesaretlendirir (23). Lawrence ve arkadaşları (24) yaptıkları sistematik değerlendirme çalışmasında doğum eyleminin birinci evresinde yatar pozisyonlar yerine yürüyüş, ayakta durma ve dik pozisyonlarının desteklenmesinin doğum süresini kısalttığı, sezaryen riskini ve epidural gereksinimini azalttığını belirtmiştir. Yatak istirahati ve rekümbent pozisyon (sırtüstü dizlerin bükülüp bacakların karna doğru çekildiği pozisyon) kontraksiyonların yetersiz olmasına, dilatasyon ve efesmanın yavaşlamasına, distosiye, doğumun uzamasına ve pelvisden geçişte başarısızlığa neden olmaktadır. Bu pozisyonlar ayrıca maternal hipotansiyona, utero plasental kan akımında yavaşlamaya ve geç deselerasyonlara neden olabilir. Bu tablo fetal distres nedeni ile sezaryen oranlarını artırmaktadır (25).

5. Zamana Saygı: Her doğum kendine özel ve

farklıdır. Doğum eylemi başladıktan sonra her doğumun kendi gidişine saygı göstermek gerekmektedir. Bazen doğumlar başlar, durur, sonra yeniden başlar. Doğumda zamana saygı duyulmaması ve belli süreler içinde doğumun hedeflenmesi sezaryen oranlarının yükselmesine sebep olmaktadır (2).

6. Fiziksel ve Duygusal Destek: Doğum sürecinde her anne adayına fiziksel ve duygusal destek sağlanmalıdır (1,2). Bu desteğe öncelikle güvenli, mahrem ve saygılı bir ortam yaratılmasıyla başlanmalıdır. Her türlü müdahalede anneden izni alınmalıdır. Çünkü tüm müdahaleler annenin bedenine ve bebeğine yapılmaktadır. Bu iznin alınmaması ve annenin kararlara aktif katılımının sağlanmaması, doğum sonrasında annede geriye dönük pişmanlıklar yaşanmasına sebep olmaktadır (2).

Doğum sürecinde anne fiziksel ve duygusal büyük bir efor içindedir. Doğumun gidişi enerji tüketimi gerektirir çünkü doğumun ne kadar süreceğini tahmin etmek zordur. Kadının enerji ihtiyacının karşılanmadığı durumlarda kadın doğum sürecini aktif olarak yönetemeyecek ve doğumun ilerlemesi güç olacaktır. Bu durum doğuma müdahalelerin artmasına, maternal dehidratasyona, ketozise, hiponatremiye ve maternal stresin artmasına neden olabilmektedir (26). Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Birliği (ACOG) komplikasyonu olmayan gebelerin oral tanesiz sıvı tüketebileceğini; ancak çorba gibi içerisinde partiküller bulunan sıvılardan kaçınmalarını önermiştir (27).

Sağlık ekibinin gebelere fiziksel ve duygusal destek sağlaması kadının cesaretlenmesini, anksiyetesinin azalmasını ve doğumun olanaklı olduğuncadöğal süreçte sürmesini sağlamaktadır (23). Doğum eyleminde duygusal destek rahatlık, önemsenme ve kontrol hissi yaratmaktır. Duygusal destek empati kurma, etkin dinleme, göz iletişimi, saygı gösterme, kaygıyı azaltma, ulaşılabilir olma, bakım verme, güven sağlama, cesaretlendirme, takdir etme, olumlu şeylere odaklanmayı ve spiritüel bakım sağlamayı içermektedir (28).

Sonuç

Sonuç olarak konu ile ilgili yapılan çalışmalar sezaryen doğum oranlarının her geçen gün arttığını ve kadınların doğumda kontrolü sağlık personeline bıraktıklarını göstermektedir. Kadınların sezaryen doğum tercihlerini önemli

ölçüde doğum ve doğum eyleminde yaşanan ağrıya karşı duydukları korku etkilemektedir. Doğum korkusu gebelerin sık olarak yaşadığı bir durumdur. Ayrıca gebelik, doğum ve doğum sonu süreci olumsuz olarak etkilemektedir. Gebelikte kadının yaşadığı korku düzeyi belirlenerek, bu korku ile baş etmesine yardım etmek bu olumsuz etkileri azaltacak ve kadının olumlu bir doğum deneyimi yaşamasına yardımcı olacaktır. Sağlık personeli sezaryen doğum oranlarını düşürmek ve kadının doğumda aktif rol almasını sağlamak amacıyla, perinatal dönemde gebe kadına ve ailesine doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında yeterli düzeyde bilgilendirme ve danışmanlık yapmalı, gebe kadının doğum eylemine ilişkin korkularını paylaşabilmeli, eylem sırasında kadının yanında bulunmalı, eylemle baş etmede olumlu geribildirimler vererek kadın cesaretlendirilmeli ve doğal doğuma teşvik edilmelidir.

İletişim: Yeşim Anık

E-posta: yesimanik@windowslive.com

Kaynaklar

1. Rathfish G. Doğal doğum felsefesi. İstanbul: Nobel tıp kitapevi, 2012.
2. Kömürcü N. Doğum ağrısı ve yönetimi. 2. Baskı. İstanbul: Nobel tıp kitapevi, 2014.
3. World Health Organization (WHO). Care in normal birth: A practical guide. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ Erişim Tarihi: 11.04.2017
4. Lamaze International. Position paper: promoting, supporting and protecting normal birth. The Journal of Perinatal Education 2007; 16(3): 11-15.
5. Sayiner F.D, Özerdoğan N. Doğal doğum. Maltepe üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2(3): 143-148.
6. Sezaryen doğum hızları ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü açıklaması, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/11/WHO_RHR_15.02_tur.pdf Erişim Tarihi: 10.04.2017
7. Sağlık istatistikleri yılı; 2014. http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2014.pdf Erişim Tarihi: 11.04.2017
8. Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD Health Statistics 2015. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312 Erişim Tarihi: 11.04.2017
9. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. Hacettepe üniversitesi nüfus etütleri enstitüsü. Ankara, 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2013_sonuc_sunum_2122014.pdf Erişim Tarihi:11.04.2017
10. Ergöl Ş, Kürtüncü M. Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014; 1(3): 26-34.
11. Yıldız Ş, Çaypınar S.S, Cengiz H, Dağdeviren H, Kanawati A. Türk kadınlarının doğum yöntemleri hakkındaki bilgi düzeyi ve bakış açısı. Journal of Clinical and Experimental Investigations 2014; 5(2): 173-178.
12. Bangal V.B, Giri P.A, Shinde K.K, Gavhane S.P. Vaginal birth after cesarean section. NAM J Med Sci 2013; 5(2): 140-144.
13. Kılıçaslan Z. Medikalizasyon (tıbbileştirme), aşırı teşhis/televa ve kısırlatılmış sağlık talebi. Sağlık Düşüncesi ve Kültürü Dergisi 2015; 35: 20-23.
14. Türk Tabipleri Birliği. Hekimlerin değerlendirilmesi ile performans dayalı ödeme. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2009.
15. İlgili Ö, Arda B. Juridical expertise on gynecology and obstetrics lawsuits: The higher council of health of Turkey. Revista Romana de Bioetica 2015; 13 (2): 216-230.
16. Lukasse M, Vangen S, Oian P, Kumle M, Ryding E.L, Schei B. On behalf of the bidens study group. Childhood abuse and fear of childbirth a population –based study. Birth 2010; 37(4): 267-274
17. Karakuş A, Sahin N.H. The attitudes of women toward mode delivery after childbirth. International Journal of Nursing and Midwifery 2011; 3(5): 60-65.
18. Geissbuehler V, Eberhard J. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. J Psychosom Obstet Gynaecol 2002; 23(4): 229-35.
19. Dick-Read G. Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth. Second edition. UK: Pinter& Martin Ltd; 2004.
20. Subaşı B, Özcan H, Pekçetin S, Göker B, Tunç S, Budak B. Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. Selçuk Tıp Derg 2013; 29(4): 165-167.
21. Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. Journal of Clinical Nursing 2009; 18(5): 667-77.
22. Pınar G, Pınar T. Yeni doğum yapmış kadınların empatik iletişim beklentilerinin ebe/hemşireler tarafından karşılanma durumu. Tıp Araştırmaları Dergisi 2009; 7(3): 132- 140.
23. Nascimento N.M, Progiante J.M, Novoa R.I, Oliveira T.M, Vargens O.M.C. Non-invasive technologies of care at childbirth used by nurses: the perception of users' women. Esc Anna Nery 2010; 14(3): 456-461.
24. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G.J, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; 9(10): CD003934.
25. Zwelling E. Overcoming the challenges: maternal movement. The American Journal of Maternal/Child Nursing 2010; 35(2): 72-80.
26. Sharts-Hopko N. Oral intake during labor: a review of the evidence. The American Journal of Maternal Child Nursing 2010; 35(4): 197-203.
27. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Oral intake during labor. Committee Opinion No. 441. Obstet Gynecol 2009; 114 (3): 714.
28. Larkin P, Begley C. M, Devane D. Women's experiences of labour and birth: An evolutionary concept analysis. Midwifery 2009; 25(2): 49-59.



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005-2007 arasında TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'nde yer aldı. STED, 2012 yılı başında yeniden TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ne girdi. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır.

Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işleme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.

- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.

- Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul kararı alınmış olmalı, kararlar metin içinde belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır (Bakınız, www.ulakbim.gov.tr). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirmeye alınmayacaktır.

Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.

- **Yazarlar:** Her yazarın akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı soyadı belirtilmelidir. Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.

- Metinle ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi, mali destek ve diğer kaynaklar, ana metnin sözcük sayısı, şekil ve tabloların sayısı belirtilmelidir.

2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler: İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-175 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır.

Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. Anahtar sözcüklerin, Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altındaki "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerinden seçilmesi gerekmektedir. Türkçe anahtar sözcükler için, bu amaçla hazırlanmış MeSH - Medical Subject Headings terimlerinin Türkçe karşılıklarını içeren anahtar sözcükler dizini olan Türkiye Bilim Terimleri kullanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>)

3. Giriş: Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir.

4. Gereç ve Yöntem: Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Yeni olan yöntemleri tanımlayınız. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız.

5. Sonuçlar: Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz.

6. Tartışma: Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer verilmelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

7. Teşekkür: Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve geçsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

8. Kaynaklar: Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1,2,4-7) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı

biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla yirmi beş (25) kaynak kullanılabilir.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

Tipik dergi makalesi: Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3. ya da 1996 Jun 1;124(11):980-3.

Kitap: Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers;1966.

Kitap bölümü: Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. *Family medicine: principles and practice*. 3rd ed. New York: Springer - Verlag;1988. p.521-32.

Web Sitesi: Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group. Accessed November 12, 2003, at

<http://www.clinicalevidence.com>

9. Tablolar: Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: *, †, ‡, §.

Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

10. Şekiller ve Fotoğraflar: Fotoğraf, şekiller ana metinde ilk değindikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

1. Sayfa numaraları: Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.

2. Başlıklar: Yazının ana başlıkları ve ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11,6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

4. Rakamlar: Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz. "Tam sayılardan sonra ondalık değerleri nokta ile değil, virgül ile ayırarak belirtiniz."

5. İlaç adları: Tüm ilaçların jenerik adlarını kullanınız. Ticari adlar, ilacın metinde ilk geçişinde parantez içinde verilebilir.

6. Kısaltmalar: Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetinde kısaltma kullanılmamalıdır.

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) ile belirtilebilir.

8. Yazı tipi: Yazıların sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

9. Çeviri: Çeviri yazılarda çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

Metinlerin Gönderilmesi: Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir.

Yazılar; <http://dergipark.gov.tr/sted> adresi üzerinden gönderilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Yazarların Yayın Hakkı Devir Formu ile birlikte çalışmalarını göndermeleri gerekmektedir. Yayın Hakkı Devir Formu olmayan çalışmalar değerlendirilmeye alınmayacaktır.

Yayın Hakkı Devir Formu

<http://www.ttb.org.tr/STED/index.php/yazar>