

# HSP

Journal of Health Sciences and Professions

Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi

CİLT 4 SAYI 3 YIL 2017



## İÇİNDEKİLER

Hakem Kurulu	i
Yazarlara Bilgi	ii

## ARAŞTIRMA YAZILARI

Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminde Sinema Filmi İzletilmesi Yöntemi İle Öğrencilerin Bakım Uygulamalarındaki Farkındalıklarının Araştırılması <i>Investigation of Awareness in Care Applications of Students via Using Movies Method in the Psychiatric Nursing Education</i> Candan TERZİOĞLU, Reyhan ESKİYURT, Birgül ÖZKAN.....	149-161
Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Rahatta (Konforda) Bozulma Hemşirelik Tanısını Kullanma Durumları <i>The Examination of Nursing Students' Cases Using the Diagnosis of Comfort Corruption</i> Nilay ORKUN Şebnem ÇINAR YÜCEL.....	162-170
İletişim Becerileri Eğitiminin Hemşirelik Öğrencilerinin Sanal ve Kişilerarası İlişkilerine Etkisi <i>The Effect of Communication Skills Training of Nursing Students and Its Effect on Their Virtual and Interpersonal Relationship</i> Münire TEMEL, Fatma Nevin ŞİŞMAN.....	171-179
X ve Y Kuşağı: Hemşirelerde Meslek Dayanışması İle İş Doyumu Arasındaki İlişki <i>X and Y Generation: The Relationship Between Nurses' Professional Solidarity and Job Satisfaction</i> Fatma KARASU, Rukuye AYLAZ, Semih DADÜK.....	180-189
Ebelik Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Başlangıcı ve Sonunda Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi <i>The Determination of Anxiety and Stress Levels of Midwifery Students Beginning the First Clinical Experience and Post-Experience Period</i> Yasemin AYDIN KARTAL, Saadet YAZICI.....	190-195
Ofis Çalışanlarında Karpal Tünel Sendromu Semptomları ve Fonksiyonel Durum <i>Carpal Tunnel Syndrome Symptoms and Functional Status in Office Workers</i> Nurcan KOLAÇ, Ayşe SEZER BALCI, Fatma Nevin ŞİŞMAN, Filiz ÜNVER, Zeynep BÖYÜKBAŞ	196-203
Yoğun Bakımdan Taburcu Olan Tıbbi Teknolojiye Bağımlı Çocuklara Verilen Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi <i>Evaluation of Home Care Services Given to Medical Technology-Dependent Children That Were Discharged From Intensive Care Unit</i> Duygu SÖNMEZ DÜZKAYA Gülçin BOZKURT, Tülay YAKUT.....	204-211
Preterm Bebeği Olan Annelere Yapılan Taburculuk Eğitimi ve Ev Ziyaretlerinin Bebeğin Büyüme –Gelişmesine ve Annelerin Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri Üzerine Etkisi <i>The Effect of Discharge Planning and Home Visits on Growth and Development of the Babies and Problem Solving Skills of Their Mothers</i> Serap BALCI, Suzan YILDIZ.....	212-220
İnfanıl Kolikli Bebekleri Etkileyen Faktörler <i>Factors Affecting Infantile Colic with Babies</i> Gülzade UYSAL, Duygu SÖNMEZ DÜZKAYA, Gülçin BOZKURT.....	221-227

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğrencilerinin Mesleğe Yönelik Umutsuzluk Düzeyleri ve İlişkili Parametreler <i>Levels of Hopelessness And Related Parameters for Occupation in Students at Division of Physiotherapy and Rehabilitation</i> Ebru KAYA MUTLU, Arzu RAZAK ÖZDİNÇLER, Tansu BİRİNCİ.....	228-235
Doğum Sayısının Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi <i>The Effect of Number of Birth on Mother-Baby Attachment</i> Ayça ŞOLT, Sevim SAVAŞER.....	236-243
<b>DERLEMELER YAZILARI</b>	
Gebelikte Romatoid Artrit Ve Yönetimi <i>Rheumatoid Arthritis And Management In The Pregnancy</i> Ayşe Çil AKINCI, Fatma Çetin COŞAR.....	244-251
D Vitamini ve İn Vitro Fertilizasyon Sonuçları Üzerine Bir Derleme <i>A Review on the Vitamin D and In Vitro Fertilization Outcomes</i> İlkay BOZ, Gamze TESKERECİ.....	252-259
Çocukluk Dönemi Engelliğinde Habilitasyon Uygulamaları, Hemşirelerin Rollerini <i>Habilitation Implementation During Childhood Disabilities &amp; Role of Nurses</i> Funda ASLAN.....	260-266
Öğretim Üyesinin Etik Sorumluluğu <i>Ethical Responsibility of A Faculty Member</i> Fatma Ay.....	267-271
Preterm Yenidoğanlarda Koku <i>Preterm newborn smell</i> Bahar Nur KANBUR, Serap BALCI.....	272-276
Adli Ebelik <i>Forensic Wifery</i> Sevde AKSU.....	277-284
Gebelikte Maruz Kalınan İyonize Radyasyon <i>Ionizing Radiation Exposure During Pregnancy</i> İlkay BOZ, Gamze TESKERECİ.....	285-289

**SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ DERGİSİ**  
**JOURNAL of HEALTH SCIENCES and PROFESSIONALS-HSP**

**ONURSAL EDİTÖR**  
Dr. Halil Koyuncu

**EDİTÖR**  
Dr. Neriman Zengin

**BÖLÜM EDİTÖRLERİ**  
Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu  
Dr. Doğaç Niyazi Özüçelik  
Dr. Reyhan Bahçivan Saydam  
Dr. Selma Söyütk

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

**DERGİ SAHİBİ**  
Prof. Dr. Ahmet Akgül, İstanbul Üniversitesi

**SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ**  
Yrd. Doç. Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

**DANIŞMA KURULU**

Dr. Abdulfaz Suleymanov  
Dr. Abdulkakim Beki  
Dr. Afsun Ezel Esatoğlu  
Dr. Ahmet Ataş  
Dr. Aklime Sarıkaya  
Dr. Ali Rıza Aba  
Dr. Arash Alaei  
Dr. Arzu Razak Özdiñçler  
Dr. Asiye Gül  
Dr. Aslı Sis Çelik  
Dr. Ayden Çoban  
Dr. Ayla Bayık  
Dr. Ayla Ergin  
Dr. Ayşe Çil Akıncı  
Dr. Ayşe Ergün  
Dr. Ayşe Okanlı  
Dr. Ayşegül Oksay Şahin  
Dr. Ayten Diñç  
Dr. Bedriye Ak  
Dr. Besey Ören  
Dr. Birgül Cerit  
Dr. Birsan Karaca Saydam  
Dr. Birsan Mutlu  
Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu  
Dr. Burcu Semin Bilgütay  
Dr. Çağrı Çövener Özüçelik  
Dr. Candan Öztürk  
Dr. Çiğdem Gün  
Dr. Çiğdem Öksüz  
Dr. Derya Çelik  
Dr. Dilek Aygin  
Dr. Dilek Potur  
Dr. Doğaç N. Özüçelik

Dr. Duygu Gözem  
Dr. Eda Yılmaz  
Dr. Ela Tarakçı  
Dr. Emine Kıyak  
Dr. Esin Çeber Turfan  
Dr. Esin Uslusoy  
Dr. Esmâ Demirezen  
Dr. F. Deniz Sayiner  
Dr. Fatma Ay  
Dr. Gökşen Kuran Aslan  
Dr. Gonca Bumin  
Dr. Gülbahar Keskin  
Dr. Gülbeyaz Can  
Dr. Gülcan Kar  
Dr. Gülçin Bozkurt  
Dr. Gülnur Akkaya  
Dr. Gülsün Özentürk  
Dr. Gülten Okuroğlu  
Dr. Gülümser Dolgun  
Dr. Hacer Karanisoğlu  
Dr. Hacer Özgen Narcı  
Dr. Hafize Öztürk Can  
Dr. Hakan Acar  
Dr. Hakan Topaçoğlu  
Dr. Halim İşsever  
Dr. Handan Güler  
Dr. Hasibe Kadıoğlu  
Dr. Hatice Kaya  
Dr. Hatice Ulusoy  
Dr. Hatice Yıldız  
Dr. Hava Özkan  
Dr. Haydar Sur  
Dr. Hicran Yıldız

Dr. Hülya Bilgin  
Dr. Hülya Kaya  
Dr. Hülya Kayıhan  
Dr. Hülya Üstündağ  
Dr. Hüsnüye Diñç  
Dr. İpek Yeldan  
Dr. İşıl Işık Andsoy  
Dr. İsmet Galip Yolcuoğlu  
Dr. Leyla Erdim  
Dr. Leyla Küçük  
Dr. Mehmet Top  
Dr. Mehmet Yazıcı  
Dr. Mehveş Tarım  
Dr. Melahat Akgün Kosatak  
Dr. Meltem Kürtüncü  
Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç  
Dr. Mine Uyanık  
Dr. Mithat Kıyak  
Dr. N. Ekin Akalan  
Dr. Nazan Karahan  
Dr. Nazan Tuna Oran  
Dr. Necla Canbulut  
Dr. Neriman Soğukpınar  
Dr. Neriman Zengin  
Dr. Nermin Olgun  
Dr. Neşe Çelik  
Dr. Neslihan Keser Özcan  
Dr. Nevin Çitak Bilgin  
Dr. Nevin Hotun Şahin  
Dr. Nilgün Sarp  
Dr. Nilgün Ulutaşdemir  
Dr. Nur Elçin Boyacıoğlu  
Dr. Nuran Gençtürk

Dr. Nurdan Demirci  
Dr. Nurten Kaya  
Dr. Osman Hayran  
Dr. Özgür Alparslan  
Dr. Özlem Akman  
Dr. Özlem Öztürk  
Dr. Panagiotis V. Tsaklis  
Dr. Rabia Etki Genç  
Dr. S. Haluk Özsarı  
Dr. Saadet Yazıcı  
Dr. Saime Erol  
Dr. Selma Söyütk  
Dr. Serap Balcı  
Dr. Serap Ejder Apay  
Dr. Sevil İnal  
Dr. Sevim Çelik  
Dr. Sevim Ulupınar  
Dr. Sezgin Sarıkaya  
Dr. Sibel Öztürk  
Dr. Sıdıka Kaya  
Dr. Sıdıka Oğuz  
Dr. Şule Alpar Ecevit  
Dr. Sultan Alan  
Dr. Tülay Yılmaz  
Dr. Tümer Ulus  
Dr. Veli Duyan  
Dr. Vesile Ünver  
Dr. Yeliz Doğan Merih  
Dr. Zekiye Karaçam  
Dr. Zeliha Tülek  
Dr. Zeynep Erdoğan  
Dr. Zeynep Kurtuluş Tosun

\*İlk isme göre alfabetik sıralama yapılmıştır.

## YAYIN KURALLARI

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

## YAYIN KURALLARI BİLİMSEL SORUMLULUK

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

## ETİK SORUMLULUK

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

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

## BIYOİSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

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

## YAZIM DİLİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRME

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

## YAYIN HAKKI

**Yayımlanmak üzere kabul edilen yazıların her türlü yayın hakkı dergiye yayımlayan kuruma aittir. Yazılardaki düşünce ve öneriler tümüyle yazarların sorumluluğundadır.** Makale yazarlarına, yazıları karşılığında herhangi bir ücret ödenmez. Yayın Hakları Devir Formu "nu doldurup, makale gönderim" linkindeki bölümden makale ile birlikte göndermelidirler.

## YAZI ÇEŞİTLERİ

- Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise yazının "Başlık Sayfasında" toplantı adı, yer ve tarihi belirtilerek açıklanmalıdır.
- Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden oluşmuş ise "Başlık Sayfasında" belirtilmeli ve Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.
- Yazılar A4 boyutlarında 1,5 Aralıklı olarak, Times New Roman yazı karakterinde, ÖZET ve ABSTRACT 10, YAZI METNİ 11 punto ile yazılmalıdır. Sayfanın alt ve sağ yanında 2,5 cm' lik, üst ve sol yanından 2,5 cm' lik boşluk bırakılmalıdır.
- Ana ve alt başlıklardan sonra gelen ilk cümlede paragraf girintisi olmamalı, cümle başlıkla aynı düzende olmalıdır
- Yazıda ana ve alt başlıkların dışında bütün paragraflar 0,7cm içerden başlamalıdır.

- **SAYFA SAYISI KAYNAKLAR DIŞINDA DERLEMELER İÇİN EN FAZLA 10, ARAŞTIRMA RAPORLARI İÇİN EN FAZLA 12 OLMALIDIR.**

**ORİJİNAL ARAŞTIRMA:** Kliniklerde yapılan prospektif-retrospektif ve her türlü deneysel çalışmalar yayınlanabilmektedir.

Sayfa sayısı kaynaklar dışında en fazla 12 olmalıdır.

1. Başlık sayfası: Makaleden ayrı gönderilmeli. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe başlığı, yazarların adı, soyadı, unvanları ve iletişim bilgilerini içermelidir ve yazı metninden ayrı olarak ek dosya olarak sisteme yüklenmelidir.
2. Çalışmanın metni içinde yazarların kimlik bilgisini, belirten herhangi bir yazı olmamalıdır.
3. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe Başlığı ve Özeti ana metin içinde yer almalı. Özet 10 punto, makale metni 11 punto olmalıdır.
4. Ana ve alt başlıklardan sonra gelen cümle paragraf girintisi olmamalı ve başlıklarla aynı hizada bulunmalıdır.
5. Özet (Ortalama 200-250 kelime, 10 punto amaç, gereç ve yöntemler, bulgular ve sonuç bölümlerinden oluşan, Türkçe ve İngilizce, kısaltma kullanılmamalı)
6. Giriş (11 punto)
7. Gereç ve Yöntem
8. Bulgular
9. Tartışma
10. Sonuç
11. Teşekkür
12. Kaynaklar

#### **DERLEME:**

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

Yapısı:

1. Başlık sayfası: Makaleden ayrı gönderilmeli. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe başlığı, yazarların adı, soyadı, unvanları ve iletişim bilgilerini içermelidir ve yazı metninden ayrı olarak ek dosya olarak sisteme yüklenmelidir. Yazı metni içinde yazarların kimlik bilgisini, belirten herhangi bir yazı olmamalıdır.
2. Derlemenin İngilizce ve Türkçe Başlığı ve Özet makale metni içinde yer almalı. Özet 10 punto, makale metni 11 punto olmalıdır. Ana ve alt başlıklardan sonra gelen cümlede paragraf olmamalı, başlıklarla aynı hizada bulunmalıdır.
3. Özet (Ortalama 200-250 kelime, 10 punto, derlemenin içeriğini yansıtmalı, Türkçe ve İngilizce, kısaltma kullanılmamalı)
4. Konu ile ilgili başlıklar
5. Kaynaklar
6. Konu ile ilgili alt başlıklar, kaynaklar 11 punto ile yapılmalıdır.

#### **OLGU SUNUMU:**

Nadir görülen, tanı ve tedavide farklılık gösteren makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğraflarla ve şemalarla desteklenmiş olmalıdır. Kaynaklar dışında en fazla 8 sayfa olmalı

1. Başlık sayfası: Makaleden ayrı gönderilmeli. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe başlığı, yazarların adı, soyadı, unvanları ve iletişim bilgilerini içermelidir ve yazı metninden ayrı olarak ek dosya olarak sisteme yüklenmelidir.
2. Özet (Ortalama 150-200 kelime, 10 punto, yazının içeriğini yansıtmalı, Türkçe ve İngilizce, Kısaltma kullanılmamalı)
3. Giriş
4. Olgu Sunumu
5. Tartışma
6. Kaynaklar

#### **EDİTÖRYEL YORUM/TARTIŞMA**

- Yayınlanan orijinal araştırma makalelerinin, araştırmanın yazarları dışındaki, o konunun uzmanı tarafından değerlendirilmesidir. İlgili makalenin sonunda yayımlanır.

#### **EDİTÖRE MEKTUP**

1. Son bir yıl içinde dergide yayımlanan makaleler ile ilgili okuyucuların değişik görüş, tecrübe ve sorularını içeren en fazla 500 kelimelik yazılardır.
2. Başlık ve özet bölümleri yoktur.
3. Kaynak sayısı 5 ile sınırlıdır.
4. Hangi makaleye (sayı, tarih verilerek) ithaf olunduğu belirtilmeli ve sonunda yazarın ismi, kurumu, adresi bulunmalıdır. Mektuba cevap, editör veya makalenin yazar(lar)ı tarafından, yine dergide yayımlanarak verilir.

## BİLİMSEL MEKTUP

1. Genel tıbbi konularda okuyucuyu bilgilendiren, basılmış bilimsel makalelere de atıfta bulunarak o konuyu tartışan makalelerdir.
2. Özet (ortalama 100-150 kelime; bölümsüz, Türkçe ve İngilizce)
3. Konu ile ilgili başlıklar
4. Kaynaklar

## TIBBİ KİTAP DEĞERLENDİRMELERİ

Güncel değeri olan ulusal veya uluslararası kabul görmüş kitapların değerlendirmeleridir.

## YAZIM KURALLARI

### DERGİYE YAYIMLANMASI İÇİN GÖNDERİLEN MAKALELERDE BİÇİMSEL ESASLAR

1. Ana metin içinde yazarların kimliklerini belirten herhangi bir yazı olmamalıdır.
2. Makale, PC uyumlu bilgisayarlarda Microsoft Word programı, The Times Roman karakterinde yazılmalıdır.
3. Özetle kısaltma kullanılmamalı, 10 punto ile yazılmalıdır
4. Ana metin 11 punto ile yazılmalı, ana ve alt başlıklardan sonra paragraf ile başlanmamalıdır.
5. Ana metin içinde kısaltmalar kelimenin ilk geçtiği yerde parantez içinde verilir ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için “Bilimsel Yazım Kurallarına” başvurulabilir.
6. Şekil, Resim, Tablo ve Grafikler metin içine yerleştirilmeli ve yazı içinde ilgili cümlenin sonunda belirtilmelidir.
7. Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir.
8. Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.
9. Resimler/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır.
10. Editöre Sunum Sayfası: Gönderilen makalenin kategorisi, daha önce başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu, varsa çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi ve kuruluşlar ve varsa bu kuruluşların yazarlarla olan ilişkileri belirtilmelidir.
11. Başlık sayfası makalenin başlığı (Türkçe ve İngilizce), tüm yazarların ad-soyadları, akademik ünvanları, kurumları, iş telefonu-GSM, e-posta ve yazışma adresleri belirtilmelidir. Makale daha önce bildiri olarak sunulmuş ise bildiri yeri ve tarihi belirtilmelidir. Bu bölüm makaleden ayrı bir dosya olarak sisteme yüklenmelidir.
12. Özetler yazı çeşitleri bölümünde belirtilen özelliklere uygun hazırlanarak, makale metni içerisine yerleştirilmelidir.
13. Anahtar Kelimeler en az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (.) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html)). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: [www.bilimterimleri.com](http://www.bilimterimleri.com)).
14. Teşekkür: Eğer çıkar çatışması, finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryal (istatistiksel analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa, metnin sonunda sunulmalıdır.
15. Kaynaklar makalede geçiş sırasına göre rakamla yazılmalı ve metinde cümle sonunda noktalama işaretlerinden hemen sonra “Üst Simge” olarak belirtilmelidir. Makalede bulunan yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp “et al.” eklenmelidir. Kaynak yazımı için kullanılan format Index Medicus’ta belirtilen şekilde olmalıdır (Bkz: [www.icmje.org](http://www.icmje.org)).
16. Orijinal basımı Türkçe olan kaynakların başlığı [ ] içinde ve İngilizce olarak yazılmalıdır.
  - a. Örnek: Yazar(lar). Türkçe İsim [İngilizce İsim]. Türkçe Dergi İsmi [İngilizce Dergi ismi] yıl;cilt(sayı):sayfa numarası.
17. Yazının Takibi: Kullanıcı adı ve şifrenizle sisteme giriş yaptıktan sonra yazınızın hangi aşamada olduğunu, görebilirsiniz.

## KAYNAKLARIN YAZIMI İÇİN ÖRNEKLER (NOKTALAMA İŞARETLERİNE LÜTFEN DİKKAT EDİNİZ)

Yazı türü	Örnek
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Makale</b> Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi, yıl, cilt, sayı; sayfa no’su belirtilmelidir</li></ul>	<p>Aşçı Ö, Gökdemir F, Çiçekoğlu E. Hemşirelik öğrencilerine akran eğitimciler ile verilen üreme sağlığı eğitiminin etkinliği [Efficiency of Training on Reproductive Health Provided by Peer Trainers to Nursing Students]. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi [Journal of Health Science and Profession], 2016;3(3):173-183.</p> <p>Tarhan P, Yılmaz, T. Gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörler. 147 [Smoking During Pregnancy and the Effecting Factors]. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi [Journal of Health Science and Profession] 3 (2016): 140-146.</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Elektronik Makale</b> Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi[serial on the Internet] yıl (erişim yılı) cilt, sayı; sayfa no’su. Erişim adresi:</li></ul>	<p>Perneger TV, Giner F. Randomized trial of heroin maintenance programme for adults who fail in conventional drug treatments. BMJ [serial on the Internet]. 1998 [cited 2005 Aug 12];317(2):[about 3 p.]. Available from: <a href="http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7150/1">http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7150/1</a>.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Bölüm yazarları farklı olan kitaplar;</b> Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir</li> </ul>	<p><b>Yabancı dilde yayımlanan kitaplar;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and aberrant growth. In: Wilson JD, Foster DW, eds. Williams' Textbook of Endocrinology. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992. p.1079-138.</li> <li>Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.</li> <li>Baselt RC, Cravey, RH. Disposition of toxic drugs and chemicals in man. 4th ed. Foster City, CA: Chemical Toxicology Institute; 1995.p.140-150.</li> </ul> <p><b>Türkçe kitaplar için;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tür A. [Emergency airway management and endotracheal intubation]. Şahinoğlu AH, editör. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. 2. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2003. p.9-16.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Yazar ve editörün aynı olduğu kitaplar için;</b> Yazar(lar)ın/editörün soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir</li> </ul>	<p><b>Yabancı dilde yayımlanan kitaplar için;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. Tumors of the Pan creas. 2nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997. p.145-210.</li> </ul> <p><b>Türkçe kitaplar için;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eken A. Kozmesötik Etken Maddeler [Cosmeceutical ingredients: drugs to cosmetics products]. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2006. p.1-7.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>On-line yayınlar</b></li> <li><b>DOI kabul edilebilir online referanstır</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: 'Gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar 1 [cited 2010 Apr 15]; 93(3):227-232. Available from: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/DOI:10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/DOI:10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024</a>.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Yazarı Belirsiz Kitaplar</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The 1995 NEA almanac of higher education. Washington DC: National Education Association;1995.p.150-155.</li> <li>Ministry of Health and Social Welfare: Health Statistics Yearbook, Ankara Publications of Ministry of Health, 2010.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Tezler</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kay JG. Intracellular cytokine trafficking and phagocytosis in macrophages [PhD thesis]. University of Queensland, StLucia, 2007.</li> <li>A... N. Tezin adı [Tezin İngilizce adı ][Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, İstanbul University ], İstanbul, Türkiye, 1999.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Yazarlı Web Sayfası</b> Yazar. Yayın başlığı. Yayın yeri (Varsa): Yayın kuruluşu/yayıncı (varsa);Yayınlanma tarihi (Güncelleme tarihi; Erişim tarihi ). Erişim adresi</li> </ul>	<p>Atherton J. Behaviour modification 2010 [updated 2010 Feb 10; cited 2010 Apr 10]. Available from: <a href="http://www.learningandteaching.info/learn/Yayn_yeri_(Varsa):ng/b_ehaviour_mod.htm">http://www.learningandteaching.info/learn/Yayn_yeri_(Varsa):ng/b_ehaviour_mod.htm</a></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Yazarsız Web</b> Yazar/organizasyonun adı. Sayfanın başlığı [Internet], Yayının Sayfası tarihi, Güncelleme tarihi. Erişim adresi:</li> </ul>	<p>Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Yeterli ve Dengeli Beslenme 2014. (Güncelleme tarihi .....; Erişim tarihi: ..... ) Erişim adresi: <a href="http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&amp;page=47">http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&amp;page=47</a></p> <p>Diabetes Australia. Diabetes globally 2012 [updated 2013 Dec 20; cited 2014 Jun 30]. Available from: <a href="http://www.diabetesaustralia.com.au/en/Understanding-Diabetes/Diabetes-Globally">http://www.diabetesaustralia.com.au/en/Understanding-Diabetes/Diabetes-Globally</a></p>
<p><b>Metin içinde kaynaklar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>.....in his research, Jone</li> <li>.....as evidenced from a</li> <li>Scholtz 1 has argued</li> </ul>



<b>Metin içinde sayfa numarası içeriyorsa</b>	...as one author has put it "the darkest days were still ahead". <sup>1(p23)</sup> ...as one author has put it "the darkest days were still ahead". <sup>1(p23)</sup> ...as one author has put it "the darkest days were still ahead". <sup>(1 p23)</sup> Scholtz <sup>(1 pp16-18)</sup> has argued that.....
<b>Aynı anda birçok kaynak kullanılacaksa</b>	Her bir kaynak numarasından sonra virgöl konulmalı , ardışık kaynak numaralarında araya “-“ konularak ilk ve son kaynak numarası yazılmalıdır. • <input type="checkbox"/> örnek:..... <sup>1,5,6-8</sup>

## Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminde Sinema Filmi İzletilmesi Yöntemi Ile Öğrencilerin Bakım Uygulamalarındaki Farkındalıklarının Araştırılması

### Investigation of Awareness in Care Applications of Students via Using Movies Method in the Psychiatric Nursing Education

Candan TERZİOĞLU<sup>a</sup>  Reyhan ESKİYURT<sup>b</sup>  Birgül ÖZKAN<sup>c</sup> 

**ÖZET Amaç:** Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerine “psikiyatri kliniği terapötik ortamına ilişkin daha çok olumsuz özellikleri” içeren bir film izletilmiştir. İzletilen bu film ile öğrencilerin terapötik ortama ilişkin algılamaları, terapötik ortamın olması gereken özelliklerine ilişkin bilgi düzeyleri ve farkındalıklarındaki değişikliklere etkisi incelenmiştir. **Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın evrenini 2015-2016 eğitim-öğretim yılında bir üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde okuyan Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersine kayıt yaptırmış 109 dördüncü sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırmada verilerin toplanması amacıyla nitel ve nicel boyutları olan karma bir metod kullanılmıştır. Araştırmanın nicel yönünü sosyodemografik bilgi formu, öğrenci değerlendirme formu, nitel yönünü ise film izletilmesinin ardından sınıf içinde filmin tartışılması ve kayıt edilmesi, aynı zamanda öğrencilerin film izlerken film ile ilgili yazdıkları geri bildirimler oluşturmaktadır. Bu çalışma için “Guguk Kuşu” filmi seçilmiştir. **Bulgular:** Öğrencilerin % 81.1’inin “*Terapötik ortamın uygunluğunu değerlendirebilme*” ifadesine ilişkin görüşlerinin geliştiği belirlenmiştir. Filmin sırasında ve sonrasında tartışma ortamında yer alan öğrenci görüşlerinin tamamı nitel veri olarak değerlendirilmiştir. Bu yazılı materyal daha sonra araştırmacılar tarafından incelenmiş ve öğrenci değerlendirme formunda yer alan ana temaların altında toplanmıştır. Bu ana temalar çerçevesinde nitel verilerin analizi yapılmış ve betimsel yorumlayıcı analiz kullanılmıştır. Daha sonra tüm maddeler için her bir öğrencinin görüşlerine ilişkin tablolar oluşturulmuştur. Diğer bir tabloda ise betimsel yorumlayıcı analiz sonrasında örnek öğrenci görüşlerine yer verilmiştir. **Sonuç:** Sonuç olarak, bu çalışmanın psikiyatri hemşireliği öğrencilerinin anlatılan konuları anlamalarını kolaylaştırdığı, farkındalıklarını artırdığı ve bakım uygulamalarına yansıtıklarına yönelik geri bildirimler vermişlerdir. Öğrencilerin öğrenmelerine, bakım uygulamalarında farkındalıklarının artmasına katkı sağladığı, profesyonel bakış açısı geliştirdiği ve öğrencileri motive ettiği belirlenmiştir. Bu nedenle psikiyatri dersi kapsamında öğrencilerin daha aktif katılabilecekleri, motive olabilecekleri ve aynı zamanda kendilerine katkı olabilecek bu tür uygulamaların yapılması hemşirelik eğitimi açısından da önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sinema filmleri, farkındalık, öğretim yöntemleri, hemşirelik eğitimi

**ABSTRACT Aim:** Nursing students were watched a movie that was about “therapeutic milieu in a psychiatric ward”. The study conducted to determine the perceptions of the students about the therapeutic milieu, changes of awareness about therapeutic milieu and impact of knowledge level for students. **Methods:** The study of population comprise 109 students who enrolled in 2015-2016 education period of Psychiatric Mental Health Nursing Class in a University Faculty of Health Sciences. The mixed model that was qualitative and quantitative dimensions was used to collected data. The study’s quantitative dimension had socio-demographic form and student assessment form; the study’s qualitative dimension had entry form that comprised written and verbal students’s feed back and interactively discussion after watching movie. “One Flew Over The Cuckoo’s Nest” was chosen to watch for this study. **Results:** The study found that %81.1 of students’s view for “*Assessment of the therapeutic milieu’s suitability*” progressed. The view of students in the discussion atmosphere that were about watched movie examined as qualitative data at the end of the movie. The written material were examined and they were collected under the main themes in the student evaluation form. Qualitative data were analyzed by using descriptive interpretive analysis within these main themes. Tables that had view of each students were composed for all item. In the other table, sample student views were given after descriptive interpretive analysis. **Conclusion:** As a result, the study found that psychiatric nursing students have found out easily for lessons, increased awareness and transferred in carea applications. The study indicate that learn, provide increasing awareness of care applications, professional

Geliş Tarihi/Received:08-04-2017 / Kabul Tarihi/Accepted:20-07-2017

<sup>a</sup>Öğretim Görevlisi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Akara, ORCID ID: 0000-0002-0693-4096

<sup>b</sup> Araştırma Görevlisi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, e-mail: reyhan.ryhn.reyhan@gmail.com

<sup>c</sup> Yrd. Doç, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, e-mail: ozkanbirgul7@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-0421-4914

**Sorumlu yazar /correspondence:** Candan TERZİOĞLU; Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, e-mail: candancandan2012@gmail.com

point of view and motivation for students. While students have a part in active during lesson, be motivated and also learn more, this application can be important for nursing education.

**Key words:** Movies, awareness, teaching methods, nursing education

## Giriş

Hemşirelik, geçmişten günümüze sosyal, kültürel ve teknolojik değişimlerle kendini yenilemeyi başaran birey, aile ve toplumun sağlık durumu ile ilgilenen uygulamalı bir sağlık disiplini'dir.<sup>1</sup> Bunlara ek olarak hemşirelik bakım verici, karar verici, koruyucu, savunucu, yönetici, rehabilite edici ve eğitici rolleri üstlenmiştir.<sup>2</sup> Hemşirelik eğitiminin temel amacı teorik bilgi ile uygulamayı birleştirebilen, öğrenme sürecinde eleştirel düşünebilen ve etkin problem çözme becerisi kazanmış hemşireleri mezun edebilmesidir.<sup>3</sup> Bu eğitim süreci içinde hemşireliğin temel alanlarından birisi de psikiyatri hemşireliğidir. Psikiyatri hemşireliği; insanın davranış sürecini anlamayı hedefleyen, hastayla olduğu kadar bireyin kendisiyle de ilgilenmesini kapsayan dinamik bir beceriyi içeren bir alandır.<sup>4,5,6</sup> Genel hemşirelikte olduğu gibi psikiyatri hemşireliğinde de en önemli ilkelerin başında eğitim ve öğretim gelmektedir. Bu nedenle hemşirelik bilimine ait bilgilerin alanda yetişecek öğrencilere aktarılması için planlama ve öğretim teknikleri oldukça önemlidir.

Hemşirelik öğretiminin önemli bileşenlerinden biri de klinik uygulama becerileridir.<sup>7</sup> Klinik beceriler klinik eğitim ile verilebilmektedir. Klinik eğitim, öğrencinin eleştirel düşünme, analiz etme, psikomotor, iletişim ve yönetim becerilerini geliştirmeyi ve hemşirelik mesleğini yerine getirirken güven duygusunu arttırmayı amaçlamakla birlikte öğrencilere rol modellerini gözlemleme, kendi kendilerine uygulama yapma, görülen, işitilen, hissedilen ve yapılanlar hakkında düşünme olanağı sağlamaktadır.<sup>7,8,9</sup> Bu nedenle hemşirelik eğitimi; öğrencilere belirtilen rolleri kazandıracak yeterlilikte bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme alanlarını kapsayan bir eğitim sistemini gerektirmektedir. Ayrıca öğrencilerin bütüncül ve empatik bakım verme, iletişim ve ekip işbirliği gibi becerileri de geliştirilmelidir.<sup>3</sup> Bu becerilerin geliştirilmesi için hemşirelik öğrencilerine teori ve uygulamayı entegre edebilecek şekilde eğitim verilmelidir.

Psikiyatri hemşireliği eğitiminde temel sorunlardan birisi öğrencinin teorik bilgiyi klinik uygulamaya aktarmada yetersiz olmasıdır. Bunun nedenleri arasında; eğitimcilerin teorik bilgiye uygulamadan daha çok önem vermeleri, öğrencilere öğrendikleri bilgiyi uygulamaya nasıl aktaracak-

larını yeterince kavratamamaları, hemşirelik uygulama laboratuvarlarının gerçek klinik ortamı yeterince yansıtmaması yer almaktadır.<sup>8</sup> Bu becerilerin kazandırılmasında en etkili öğretim yöntemlerinden biri öğrencinin öğrenme sürecine aktif olarak katılımını sağlayan interaktif yöntemlerdir.<sup>7,10</sup> Bunlar arasında; küçük grup çalışmaları, grup tartışmaları, vaka çalışmaları, beyin fırtınası, demonstrasyon, rol play, probleme dayalı öğrenme, video gösterimi ve simülasyon uygulamaları gibi yöntemler bulunmaktadır.<sup>10</sup> İnteraktif yöntemlerden biri olan simülasyonun, öğrencilere klinikte var olan durumu gerçekçi bir öğrenme ortamında deneyimleyerek hem bilişsel hem de psikomotor becerilerin gelişmesi yönünde katkı sağladığı bilinmektedir.<sup>11,12</sup> Aynı zamanda bu tür uygulamalarda senorya gereği olumsuz koşullar sunularak da öğrencilerin olması gerekene ilişkin farkındalıklarının artırılması şeklinde de planlanabilmektedir. Bu çalışmada klinik alanda terapötik ortama ilişkin olumsuz koşulları içeren bir film seçilmiş ve izletilmiştir.

Psikiyatri hemşireliği eğitiminde simülasyon aktivitelerinin yararlı olduğuna yönelik bazı çalışmalar bulunmaktadır. Yaygın olan korku nedeniyle öğrenciler arasında, ruhsal rahatsızlığı olan hastalara yabancılaşma ve damgalama yaşanmaktadır. Öğrencilerin klinik uygulamalara çıkmadan ve gerçek hasta ile karşılaşmadan önce psikiyatrik popülasyonu tasvir eden videolar ile eğitim alması anksiyetelerini azaltabilmektedir.<sup>16,17</sup>

Issenberg ve ark. video gösterimini de içeren simülasyon uygulamalarını; öğrencilerin gerçek bir durum içerisindeymiş gibi algılamalarına ve buna göre davranış geliştirebilmelerine yardım edebilecek bir yol olarak tanımlamıştır.<sup>13</sup> Bradley; sağlık eğitiminde simülasyon uygulamalarını geniş bir bakış açısı ile ele almış ve sadece teknolojik bilgisayar imkanları olarak değil, aynı zamanda önemli derecede insan etkileşimini içeren bir eğitim yelpazesi olarak ifade etmiştir.<sup>14</sup> Gaba ise simülasyon uygulamalarını, bir rehber öncülüğünde gerçek bir ortamı ya da gerçek bir ortamın tersini önceden deneyimlemeyi sağlayan bir tekniktir şeklinde tanımlamıştır.<sup>15</sup>

Psikiyatri hemşireliği uygulama yeterliliğinde terapötik iletişim, kriz yönetimi, multidisipliner

çalışma anlayışı, tedavi yönetimi, semptom değerlendirme gibi çeşitli teknikler bulunmaktadır. Bu tekniklerden birisi de yukarıda da söz edildiği gibi video gösterimleridir. Rol oyunlar, filmler ve film klipleri psikiyatri hemşireliğinde eğitim amaçlı kullanılmış ve bu yolla ruhsal hastalıkların tasvirinde, hemşire- hasta rollerini tanımlamada, klinik ortamı görselleştirmede yararlı olduğu saptanmıştır.<sup>17,18</sup>

Son zamanlarda psikiyatri eğitiminde, psikiyatrik bozukluklara yaklaşım ve bakımda terapötik ortamın öğretilmesinde, hasta-terapist iletişiminde, kontr transferans, psikosoyal müdahale, risk yönetimi, etik konular ve psikoterapi yöntemi gibi vaka tartışmalarında filmlerin kullanıldığı ve kullanılacağı gösterilmiştir. Aynı zamanda alana özgü olumlu veya olumsuz senaryolara dayalı oluşturulmuş filmlerle öğrencilerin bir uygulamada farklı eğitim konularını bir arada algılamalarına ve bu konuların farklı özelliklerini aynı anda tartışabilmelerine olanak sağlamaktadır.<sup>18,19</sup> Smithikrai ve arkadaşları (2015) Thailand'da bir devlet üniversitesinde öğrencilerin kişisel sorumluluk gelişimlerine yardım edebilmek için sistematik film temelli eğitim programından yararlanmışlardır. Öğrencileri randomizasyon ile deney ve kontrol grubu olarak ayırmışlar, deney gruplarına haftalık seans esnasında kişisel sorumluluk tasvir eden film izletmişlerdir. Deney gruplarında yer alan öğrencilerin kişisel gelişimlerinin anlamlı düzeyde artmış olduğu saptanmıştır.<sup>20</sup> Aye ve arkadaşları da (2015) Malaysia Askeri Tıp Üniversitesinde birinci sınıf öğrencileri üzerinde bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada bir film (Patch Adams) izletildikten sonra öğrencilerden alınan geri bildirimler analiz edilerek, bu filmin öğrencilerin kişisel ve profesyonel tutumlarının gelişimine etkisini ölçmeyi amaçlamışlardır. Bu çalışmadan elde edilen verilere göre film gösteriminin öğrencilerin profesyonel tutumlarının yanı sıra kişisel gelişimlerine de katkısı olduğunu göstermiştir.<sup>21</sup>

Tıp, klinik psikoloji ve hemşirelik gibi farklı disiplinlerde eğitilmiş ve yetişmiş klinisyen ve eğitimciler olmasına rağmen, filmin akıllıca kullanımı öğrencilerin ve hastaların anormal davranışları anlamasını artırmaktadır. Örneğin alkolizm ile ilgili ders işlenirken, delirium ile ilgili 'The Lost Weekend' adlı filmin gösterilmesi, öğrencilerin delirium tremens hakkında fikir sahibi olmalarını sağlamaktadır. Buna ek olarak bipolar bozukluk dersinin öncesinde 'Michael Clayton veya Mr. Jones' filmleri izletildiğinde, filmler aracılığıyla sınıfta işlenen derse zenginlik katılmış

olduğu ve anlaşılabilirliği kolaylaştırdığı bildirilmektedir.<sup>22</sup> Psikiyatri konularını esas alan psikiyatri hemşireliği gibi derslerde uygun filmlerin tartışılması, klinik olarak uygun alanlar oluşturmak için etkili bir yol olarak görülmektedir. Psikopatoloji ile direkt bağlantılı olan 'Otomatik portakal ve Guguk kuşu' gibi filmlerin pedagojik değeri yüksek filmler olduğu belirtilmektedir. Konu anlatımı ile birlikte filmlerin kullanımı birincil tanım ve örnekleme sağlamaktadır. Bu konulara özgü hazırlanmış olan filmler psikoloji ve psikopatolojiyi öğretmenlerin farklı yollarını sunabilmektedir. Sınıf eğitimlerinde öncelikle filmin izletilmesi, daha sonra literatürden konunun anlatılması ve en son film ve anlatılan konunun birleştirilmesi için tartışma ortamının yaratılarak fikirlerin paylaşılması ruh sağlığı profesyonelleri, edebiyat ve drama profesörleri tarafından kullanılan bir öğretim yöntemidir.<sup>22,23</sup> Literatür incelendiğinde öğrencilere film izletilmesinin daha çok tıp ve psikoloji alanında denendiği saptanmış olup bu uygulamanın hemşirelik alanındaki alan yazında buna ilişkin uygulama örneğine rastlanmamıştır. Bu nedenle hemşirelik bilim alanına katkı sağlayacağı düşüncesiyle çalışmamızda farklı bir yöntem olan sinema filmi izletilmesi denenmiştir.

Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerine "psikiyatri kliniği terapötik ortamına ilişkin daha çok olumsuz özellikleri" içeren bir film izletilmiştir. İzletilen bu film ile öğrencilerin terapötik ortama ilişkin algılamaları, terapötik ortamın olması gereken özelliklerine ilişkin bilgi düzeyleri ve farkındalıklarındaki değişikliklere etkisi incelenmiştir.

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın Tipi

Bu çalışma sinema filmi izletilmesi uygulamasının etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmış yarı deneysel bir çalışmadır. Çalışmada uygulamanın etkisini belirlemek için nitel ve nicel araştırma boyutlarına sahip olan karma metod kullanılmıştır.

### Araştırmanın Yer ve Özellikleri

Araştırmanın evrenini 2015-2016 Eğitim-Öğretim yılında Türkiye'de bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümünde okuyan ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersine kayıt yaptırmış 109 dördüncü sınıf öğrencisi oluştur-

maktadır. Çalışma araştırmayı kabul eden 95 öğrenci ile tamamlanmıştır. Filmin izletildiği gün okulda olmayan devamsızlık yapan öğrenciler ve araştırmayı kabul etmeyen öğrenciler araştırmaya dahil edilmemiştir.

### **Araştırmada Kullanılan Ölçek ve Formlar**

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formu ve 24 maddeden oluşan öğrenci değerlendirme formu kullanılmıştır. Bu değerlendirme formu ruh sağlığı ve hastalıkları dersinin hedefleri ve müfredat programı göz önüne alınarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

### **Araştırmanın Etik Yönü**

Bu çalışma için Türkiye'deki bir Etik Kurul'dan etik izin (Protokol kodu: 2015/54) alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yapıldığı üniversitenin hemşirelik bölüm başkanlığından yazılı izin alınmış olup öğrencilerden de yazılı ve sözel olur alınmıştır.

### **Araştırmanın Uygulanması**

Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerine “psikiyatri kliniği terapötik ortamına ilişkin daha çok olumsuz özellikleri” içeren bir film izletilmiştir. İzletilen bu film ile öğrencilerin terapötik ortama ilişkin algılamaları, terapötik ortamın olması gereken özelliklerine ilişkin bilgi düzeyleri ve farkındalıklarındaki değişikliklere etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada terapötik ortama ilişkin olumsuz özellikleri içeren “Guguk Kuşu” isimli bir film seçilmiştir. Bu filmin seçilmesinin nedeni öğrencilerin terapötik ortama ilişkin olumsuz özellikleri görerek terapötik ortamın olumlu özelliklerinin gerekçesini algılamalarına yardım etmek ve terapötik ortama ilişkin verilen teori ile bağlantı kurmalarının sağlanmasıdır.

### **Araştırmada Seçilen Filmin Senaryosu ve Özellikleri**

Film, Ken Kesey'in aynı isimli romanından, Bo Goldman'ın katkılarıyla senaryolaştırılmıştır. Randle Patrick Mc Murphy isimli baş rol oyuncusu otoriteyle ciddi problemler yaşayan, çalışmayı sevmeyen ve kızdığı zaman şiddete meyilli ancak aslında oldukça eğlenceli, hayattan zevk alan bir adamdır. Daha önce çeşitli nedenlerle 5 saldırı olayına adı karışmış ve dahası ergen olmayan bir kızla yaşadığı ilişki nedeniyle tutuklanmıştır. Hapishane yerine gönderildiği çalışma kampında gösterdiği disiplinsiz tavırlar McMurphy'nin ruhsal problemleri olabileceği

şüphesiyle kendisinin bir kliniğe gönderilmesine yol açmıştır. McMurphy de hapishane yerine akıl hastanesinin daha eğlenceli ve güvenceli olacağını düşünmüş ve bu nedenle karara itiraz etmemiştir. Kısa bir süre hastanede yatacak ve daha sonra yeniden özgürlüğüne kavuşabileceğini düşünmüştür. Ancak McMurphy kısa sürede özgürlüğünün elinden alındığını fark etmiştir. Filmin devamında psikiyatri servisinde hastaların davranışları, uygulanan tedaviler, ekibin kendi içinde ve hastalarla olan iletişimi, kriz durumunda nasıl müdahalede buldukları, personelin aldığı kararlar, hemşirenin rol ve sorumlulukları, hastaların hastaneden kaçışları, kliniğin fizik ortam açısından uygunluğu gibi konular dikkat çekici bir şekilde işlenmiştir. Bu çalışmada nitel ve nicel araştırma boyutlarına sahip olan karma metod kullanılmıştır. Araştırmanın tasarımında planlanan uygulama basamaklarına göre öğrencilere ilişkin nitel ve nicel veriler eş zamanlı olarak toplanmıştır. Araştırmanın nicel yönüne ilişkin veriler sosyodemografik bilgi formu ve öğrenci değerlendirme formu ile toplanmıştır. Çalışmanın nitel verileri ise öğrenci görüşleri alınarak oluşturulmuştur. Öncelikle araştırmacılar tarafından ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersinin hedefleri ve müfredat programı göz önüne alınarak değerlendirme formu oluşturulmuştur. Ardından öğrencilere ders saatinde sinema filmi izletilmiştir. Film öncesinde açıklama yapılarak, film izletilmesi sırasında öğrencilerin terapötik ortama ilişkin algıladıkları ve fark ettikleri önemli özellikleri not alma suretiyle kayıt etmeleri istenmiştir. Öğrencilerden geri bildirimlerini, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersi hedeflerini gözönüne alarak yazmaları istenmiştir. Filmin izletilmesinden hemen sonra öğrencilere belli bir süre verilmiş ve kayıt işlemlerinin bitirilmesi sağlanmıştır. Filme ilişkin kayıtların alınmasının ardından sorumlu araştırmacılar tarafından öğrencilerin psikiyatri hemşireliği terapötik ortama ilişkin farkındalıklarının değerlendirilmesi amacıyla sözel olarak filmin tartışılması yapılmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan yapılandırılmış sorular öğrencilere yöneltilerek sözel tartışma ortamı yaratılmıştır. Bu tartışmada öğrencilerin sözel ifadeleri, gözlemci araştırmacılar tarafından kayıt edilmiştir. Elde edilen kayıtların tamamı nitel veri olarak değerlendirilmiştir. Bu yazılı materyallerin tümü daha sonra araştırmacılar tarafından incelenmiş ve öğrenci değerlendirme formunda yer alan ana temaların altında toplanmıştır. Bu ana temalar çerçevesinde nitel verilerin analizi yapılmış ve

betimsel yorumlayıcı analiz kullanılmıştır.<sup>37</sup> Daha sonra tüm maddeler için her bir öğrencinin görüşlerine ilişkin tablolar oluşturulmuştur. Diğer bir tabloda ise betimsel yorumlayıcı analiz sonrasında örnek öğrenci görüşlerine yer verilmiştir.

### Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmıştır.

Araştırmada öğrencilerin tanıtıcı özellikler ve öğrenci görüşlerinin yorumlanmasında sayı ve yüzdelik değerler, nitel verilerin değerlendirilmesinde ise betimsel yorumlayıcı analiz yöntemi kullanılmıştır. Bu yazılı materyallerin tümü daha sonra araştırmacılar tarafından incelenmiş, bilgiler tanımlanmış, yorumlanmıştır. Öğrencilerin görüşlerinin analizinde, ifadelerdeki benzer öğeler gruplandırılmıştır. Önce öğrencilerin film izlerken not ettikleri bilgilerin bire bir dökümü yapılmış ve öğrencilerin herbirinin görüşlerine kodlar verilerek alt alta yazılmıştır. Daha sonra bu kodların her birinin öğrenci değerlendirme formunda nerde yer alacağı kararlaştırılmış ve yazılmıştır. Öğrenci değerlendirme formunda yer alan ana temaların altında toplanmıştır. Bilgiler gözlemci notları ile karşılaştırılmış ve yeniden değerlendirilerek son hali verilmiştir.

### Bulgular

#### Sinema Filmi Süreci İle İlgili Nicel Veriler

Tablo 1'e göre çalışmaya katılan öğrencilerin %64.2'si 21 yaşında %84.4'ü kadındır.

Tablo 1. Öğrencilerin demografik özelliklerinin dağılımı (n= 95 )

Yaş	n(%)
21	61 (64,2)
22	27 (28.4)
23	5 (5.3)
24	2 (2.1)
Cinsiyet	
Kadın	84 (88.4)
Erkek	11(11.6)
Toplam	95(100)

Tablo 2'ye göre öğrencilerin birinci sırada olmak üzere %81.1'inin "Terapötik ortamın uygunluğunu değerlendirebilme" ifadesine ilişkin görüşlerinin geliştiği belirlenmiştir. Diğer görüşlerinin dağılımı ise sırasıyla; %74.4'ü "İlaç tedavilerinin veriliş yolunun uygunluğunu saptayabilme", %73.7'si "İletişim tekniklerinin uygunluğunu saptayabilme", %67.4'ü "Hasta kabul sürecini değerlendirebilme", %57.9'u "Fizik ortamın güvenliğinin uygunluğunu değerlendirebilme", %49.5'i "Hemşirelerin yönettiği grup toplantılarının uygunluğunu değerlendirebilme" ve "Psikiyatri hemşiresinin rol ve sorumluluklarını saptayabilme", %32.8'i "Hastanın sorunlarını saptayıp, uygun bakımı planlayabilme", %28.4'ü "Ekip üyeleri iletişimin uygunluğunu saptayabilme" ve "Hastaların hastalıkla baş etme süreçlerini değerlendirebilme", %25.3'ü "Sağlık personelinin hastalık belirtilerine göre uygun olmayan müdahalelerini fark edebilme", %24.2'si "Hasta mahremiyetinin korunup korunmadığını belirleyebilme" 'dir.

Tablo 2. Öğrencilerin sinema filmine ilişkin görüşlerinin dağılımı

	Var n (%)	Yok n (%)
1.Hasta kabul sürecini değerlendirebilme	64 (67.4)	31(32.6)
2.Fizik ortamın güvenliğinin uygunluğunu değerlendirebilme	55(57.9)	40 (42.1)
3.Kriz durumlarını fark edebilme	11(11.6)	84(88.4)
4. İlaç tedavilerinin veriliş yolunun uygunluğunu saptayabilme	71(74.7)	24(25.3)
5.Elektro Konvülsif Tedavi için hasta hazırlığını değerlendirebilme	6(6.3)	89(93.7)
6.Elektro Konvülsif Tedavi sürecinde hemşirenin sorumluluklarını değerlendirme	11(11.6)	84(88.4)
7.Kendisine ve çevresine zarar verme riski olan hastaların durumlarını fark edebilme	12(12.6)	83(87.4)
8.İletişim tekniklerinin uygunluğunu saptayabilme	70(73.7)	25(26.3)
9.Sağlık personelinin hastalık belirtilerine göre uygun müdahaleleri fark edebilme	23(24.2)	72(75.8)

Tablo 2. Öğrencilerin sinema filmine ilişkin görüşlerinin dağılımı (devamı)		
10.Sağlık personelinin hastalık belirtilerine göre uygun olmayan müdahalelerini fark edebilme	24(25.3)	71(74.7)
11.Ekip üyeleri arasında iletişimin uygunluğunu saptayabilme	27(28.4)	68(71.6)
12.Hemşirelerin yönettiği grup toplantılarının uygunluğunu değerlendirebilme	47(49.5)	48(50.5)
13.Psikiyatrik acillerde müdahaleleri fark edebilme	6(6.3)	89(93.7)
14.Terapötik ortamın uygunluğunu değerlendirebilme	77(81.1)	18(18.9)
15.Hastanın sorunlarını saptayıp, uygun bakımı planlayabilme	31(32.6)	64(64.7)
16.Multidisipliner ekip anlayışını değerlendirme	2(2.1)	93(97.9)
17.Çalışan güvenliğini sağlamada olumlu ve olumsuz yönleri belirleyebilme	3(3.2)	92(96.8)
18.Hasta mahremiyetinin korunup korunmadığını belirleyebilme	23(24.2)	72(75.8)
19.Psikiyatri hemşiresinin rol ve sorumluluklarını saptayabilme	47(49.5)	48(50.5)
20.Hasta güvenliğini sağlamada olumlu ve olumsuz yönleri belirleyebilme	21(22.1)	74(77.9)
21.Temel psikiyatrik terim ve kavramları fark edebilme	5(5.3)	90(94.7)
22.Hastalık belirtilerini gözlemleyebilme	12(12.6)	82(86.3)
23.Hastaların hastalıkla baş etme süreçlerini değerlendirebilme	27(28.4)	68(71.6)
24.Öfke ve öfke kontrolünü gözlemleyebilme	5(5.3)	89(93.7)

### Tartışma

Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerine “psikiyatri kliniği terapötik ortamına ilişkin daha çok olumsuz özellikleri” içeren bir sinema filmi izletilmiş olup bu sinema filmi ile öğrencilerin terapötik ortama ilişkin algılamaları, terapötik ortamın olması gereken özelliklerine ilişkin bilgi düzeyleri ve farkındalıklarındaki değişikliklere etkisi saptanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre, öğrencilerin izledikleri sinema filminde en çok terapötik ortamın uygunluğunu değerlendirebildikleri saptanmıştır. İkinci sırada ilaç tedavilerinin verilmiş yolunun uygunluğunu saptayabildikleri, üçüncü sırada da iletişim tekniklerinin uygunluğunu belirleyebildikleri gözlenmiştir. Değerlendirme formunun diğer maddeleri sırası ile hasta kabul sürecini değerlendirebilme, fizik ortamın güvenliğinin uygunluğunu değerlendirebilme, psikiyatri hemşiresinin rol ve sorumluluklarını saptayabilme ve hemşirelerin yönettiği grup toplantılarının uygunluğunu değerlendirebilme olarak belirlenmiştir. Bunun yanı sıra izledikleri filmde multidisipliner ekip anlayışını değerlendirme ve çalışan güvenliğini sağlama konusunda olumlu ve olumsuz yönleri belirleyebilmede zorlandıkları tespit edilmiştir (Tablo 2). Bu bağlamda çalışmada elde edilen bulguları destekleyen bazı çalışmalar bulunmaktadır. Bunlardan birisi Lumlertgul'un (2009) yaptığı çalışmadır. Bu çalışmada her oturuma katılan 20-30 tıp öğrencisine profesyonelliğin gelişmesi için profesyonel konularla ilgili filmler izletilmiş olup gösterimden sonra profesyonel açıdan öğrendiklerini yansıtmaları istenmiştir. Ayrıca bunun yanı sıra 60 dakika süren tartışmada ortaya çıkan diğer ek konular da ele alınabilmiştir. Bu çalışmada her filmde beş temel etik konunun öğrenilmiş olduğu vurgulanmaktadır. Bu temel etik konuların hekim-hasta iletişimi, bilgilendirilmiş olur formu, hastaların klinik eğitimi, genetik bozuklukların yönetimi, hasta yönetimi, beyin ölümü, organ nakli vb. olduğu ek olarak da profesyonellik konuları, kritik düşünme ve ahlaki geliştiren muhakeme becerileri konularında ele alındığı belirtilmektedir. Filmlerde vaka temelli filmlerin kullanılmasının etkili olduğu ve profesyonelliği öğrencilerin eğlenceli bir şekilde öğrendiği belirtilmiştir.<sup>26</sup>

### Sinema Filmi Süreci İle İlgili Nitel Veriler

Öğrencilerin yazdıkları geri bildirimler araştırmacılar tarafından değerlendirilmiş ve bunlara ilişkin görüşler tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Sinema filmi izlenmesi sürecinde katılımcıların kazanımlarına ilişkin görüşleri

Değerlendirme Maddeleri	Örnek Öğrenci İfadeleri
1.Hasta kabul sürecini değerlendirebilme	<p>“Hastayı içeri aldıklarında tek başına bıraktılar”</p> <p>“Sadece eşyalarını kontrol ettiler, hastanın kıyafetlerini ve ceplerini kontrol etmediler”</p> <p>“Servisi tanıtmadılar ve diğer hastalarla tanıştırmadılar”</p>
2.Fizik ortamın güvenliğinin uygunluğunu değerlendirebilme	<p>“Servis içi aktiviteleri yapacakları uygun yerler yok”</p> <p>“Hastaların banyo yaptığı yer güvenli değil”</p> <p>“Klinik içindeki pencereler kilitleri kolay açılabilir, hastaların kaçmaları daha kolay”</p> <p>“ Hasta güvenliği için giriş ve çıkışlar kilitli”</p>
3.Kriz durumlarını fark edebilme	<p>“Hasta öfkelenirken müdahale edemediler”</p> <p>“Kliniğe dışardan alkol sokabildiler ve personeli kandırdılar”</p> <p>“Personelin davranışları nedeniyle hasta kendine zarar verdi ve öldü.”</p>
4.İlaç tedavilerinin verilmiş yolunun uygunluğunu saptayabilme	<p>“İlaçlar hemşire tarafından verilmekte ancak ağızları kontrol edilmemekte”</p> <p>“Hastalar ilaç almadıklarında iğne yapmakla tehdit edilmekte”</p> <p>“Hastalara ilacı zorla içirmeye çalışmaları uygun değil. İkna etmeye çalışmıyorlar.”</p> <p>“hasta ilaçlarını içmeyerek saklamakta ve bunu hemşireler farketmiyorlar”</p>
5.Elektro Konvülsif Tedavi için hasta hazırlığını değerlendirebilme	<p>“Hastalar öfkelenirken için EKT tedavisine alındı.”</p> <p>“Hastaları cezalandırmak için EKT’yi kullanıyorlar”</p>
6.Elektro Konvülsif Tedavi sürecinde hemşirenin sorumluluklarını değerlendirme	<p>“Hemşire EKT sürecinde yer almamaktadır.”</p> <p>“EKT sonrasında hastanın takip süreci yok”</p>
7.Kendisine ve çevresine zarar verme riski olan hastaların durumlarını fark edebilme	<p>“Hastaları öfkeli durumlarda personel anlayamıyor”</p> <p>“Öfkeli olan hastaya personel erken müdahale etmiyor”</p> <p>“Klinik içinde personelin tutumu hastaların kendisine zarar vermesine neden oluyor”</p>
8.İletişim tekniklerinin uygunluğunu saptayabilme	<p>“Hemşire öfkelerini kontrol edebiliyor ve ses tonunu iyi kullanıyor”</p> <p>“Tüm ekip içinde hemşirede söz sahibi”</p> <p>“Hemşire klinik içi kurallara ve sistemi oturtmuş ancak zaman zaman tavırları ile hastaları çok zorlamakta”</p> <p>“Hastalar verilen emirlere uymadığı için akıl hastası olarak düşünülüyor”</p> <p>“İlaç odasına hastanın girmesi üzerine hemşirenin durumu yönetemiyerek bağırması”</p> <p>“Hemşirenin hastalara vermiş olduğu korku, hastaların isteklerini dışa vurmalarını engelliyor”</p>



Tablo 3. Sinema filmi izlenmesi sürecinde katılımcıların kazanımlarına ilişkin görüşleri( Devam)

Değerlendirme Maddeleri	Örnek Öğrenci İfadeleri
9.Sağlık personelinin hastalık belirtilerine göre uygun müdahaleleri fark edebilme	“Doktor öykü alarak hastalığın hastayı ne kadar etkilediğini belirlemeye çalışıyor” “Hastaların fikirlerini sormaları, hastaları değerli hissettirdi.”
10.Sağlık personelinin hastalık belirtilerine göre uygun olmayan müdahalelerini fark edebilme	“Personel müdahalelerini hastaya ceza verdiğini söyleyerek yapması” “ Personelin hastaları küçük görmesi” “Personelin hastalarla kavga etmesi” “Hasta sıkıntılı olduğunda fark edemediler
11.Ekip üyeleri arasında iletişimin uygunluğunu saptayabilme	“Ekip üyeleri kendi içinde toplantı yaparak hastaları değerlendiriyorlar.”
12.Hemşirelerin yönettiği grup toplantılarının uygunluğunu değerlendirebilme	“Hastalarla grup toplantısı yaparak, onların duygularını öğreniyorlar” “Grup toplantıları sırasında hemşire hastalara ait gizli bilgileri söylemektedir.” “Psikiyatri hemşiresinin grup terapisi ve hasta toplantıları yapabildiğini öğrendim” “Grup toplantıları sırasında hastalar tartıştığında etkin müdahalede bulunulmuyor”
13.Psikiyatrik acillerde müdahaleleri farkedebilme	“Hastaları dah sık kontrol etmek gerektiğini öğrendim” “Hastalar kaçtığı anda hemen fark edemediler” “Personel kendisini dinlemeyen hastaya fiziksel güç uyguluyor”
14.Terapötik ortamın uygunluğunu değerlendirebilme	“Hemşireler hastaların birbirleri ile olan iletişimlerini gözlemliyorlar” “Hastaların becerilerini kontrol edebilmeleri için uygun aktiviteler yok” “Hastalar müzik dinleterek onların rahatlaması sağlanıyor” “Hastalara oyun oynama, spor yapma ve bahçeye çıkma gibi etkinlikler yaparak iyileşmelerini hızlandırmaya çalışılıyor ve sosyalleşmeleri sağlanıyor.”
15.Hastanın sorunlarını saptayıp, uygun bakımı planlayabilme	“İntihar riski olan hastanın farklı takip edilmesi gerektiğini öğrendim.” “Hasta öfkeli olduğunda uygun açıklama yapmak yerine cezalandırıyorlar” “Hemşireler hastaların sorunlarını görmezden geliyor”
16.Multidisipliner ekip anlayışını değerlendirme	“Sadece hemşirenin değil diğer ekip üyelerinin de yaklaşımlarının önemli olduğunu farkettim” “Hasta bakıcılara ve gece nöbetteki hemşirelerde hastaya nasıl davranılacağına eğitimi verilmeli.”
17.Çalışan güvenliğini sağlamada olumlu ve olumsuz yönleri belirleyebilme	“Personel kendini de korumalı” “Hemşirenin güvenliğini sağlayan bir sistem yok.”

Tablo 3. Sinema filmi izlenmesi sürecinde katılımcıların kazanımlarına ilişkin görüşleri (devamı)	
Değerlendirme Maddeleri	Örnek Öğrenci İfadeleri
18.Hasta mahremiyetinin korunup korunmadığını belirleyebilme	“Herkesin sorunu heryerde konuşuluyor” “EKT’nin ceza gibi yapıldığı ve hasta ile dalga geçmeler tüm hasta grubunun önünde söyleniyor.” “Hastaların özel bilgileri hasta grubu önünde paylaşılmamalıydı”
19.Psikiyatri hemşiresinin rol ve sorumluluklarını saptayabilme	“Hemşire ilaçlar konusunda daha fazla bilgiye sahip olmalı” “Hemşire, tüm ekibin içinde karar mekanizmasında yer alıyor.” “Hemşire gözlemleri ile tedaviye yön verebiliyor.” “Hemşireler hastaları tehdit eder tarzda konuşuyor. Psikiyatri hemşiresi böyle olmamalı”
20.Hasta güvenliğini sağlamada olumlu ve olumsuz yönleri belirleyebilme	“Hastalar bahçeye çıkartıldıklarında personelin gözlem süreçleri etkili ve yeterli değil”
21.Temel psikiyatrik terim ve kavramları fark edebilme	“İki temel kritere göre hasta yatışı yapılıyor. Biri kendine zarar, diğeri çevreye zarar vermek.” “Hastanın EKT için uygun olup olmadığı değerlendirilmeden hızlıca tedaviye alınıyor” “Hastaların hastalık belirtilerine göre ortam düzenlenmiyor”
22.Hastalık belirtilerini gözlemleyebilme	“Hastaların sıkıntılarını hemşireler gözden kaçırabiliyor” “Sağır ve dilsiz sandıkları hastanın aslında duyduğu ve konuştuğunun farkında değiller.” “Hastaların öfkelendiklerinin farkına varmıyorlar”
23. Hastaların hastalıkla baş etme süreçlerini değerlendirebilme	“Tüm hastaların başetme süreçlerinin farklı olduğunu değerlendiremiyorlar” “Hemşire hastayı klinikte kurallara uymadığı için annesine şikayet edeceğini söyledi. Hastanın annesinden çok korktuğunu ve bu duyguyla başedemeyeceğini gözden kaçırdı ve hastanın ölümüne neden oldu.”
24.Öfke ve öfke kontrolünü gözlemleyebilme	“Hastaların hangi konuda öfkelendiklerini ve öfkelerinin neye mal olacağını bilmiyorlar”

Sinema filmlerini öğretimde kullanan diğer bilim adamları Wedding ve arkadaşları (2010) ile Searight ve arkadaşları (2014)'dır. Bu yapılan çalışmalarda psikoloji yada psikopatolojiyi öğretmek için filmleri kullanmışlardır. Öncelikle film izletmişler, ardından dersin konusunu anlatmışlar ve daha sonra film ile anlatılan konunun birleştirilmesini sağlamışlardır. Öğrenciler çalışmanın sonunda konunun daha iyi anlaşıldığını ve kavrandığını bildirmişlerdir.<sup>22, 23</sup> Bu konuda yapılan diğer çalışma ise Maffei ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmadır. Bu çalışmaya baktığımızda uzmanların eğitiminde filmin kullanılmasının dışında psikiyatrik hastaların eğitiminde de kullandıklarını görmekteyiz. Bu çalışmada Almanya'da bir psikiyatri hastanesinde yatan hastalara psikoeğitim programı kapsamında kullanılan yaklaşık 17 dakikalık 6 film izletilmiştir. Hastaların her hafta 3 film izlemesi sağlanmıştır. İzlenen filmler şizofreni belirtileri, tedavisi, önlemi, relapsı gibi konuları içermektedir. Film gösteriminin denetimi hemşireler tarafından yapılmıştır. Hastaların %84.9'u izledikleri filmleri bilgilendirici bulmuş, %82.3'ü yeni şeyler öğrendiklerini ve %7.5'i filmi izlerken çok üzüldüklerini bildirmişlerdir. Bu çalışmanın psikoeğitim açısından yeni bir yöntem olabileceği, uygulanabilirliğinin kolay olduğu ve maliyetinin daha düşük olduğu vurgulanmıştır.<sup>24</sup> Bizim çalışmamızda da psikiyatri hemşireliği öğrencilerinin terapötik ortama ilişkin farkındalıklarındaki değişiklikler ve bilgi düzeyine etkisini belirlemek amacı için "Guguk Kuşu Filmi" izletilmiştir. Öğrenciler bu filmde psikiyatri hastanesi, psikiyatri hemşiresi, psikiyatri grup terapileri, ilaç tedavileri gibi psikiyatri dersinde anlatılan konuların büyük kısmını gözlemleyebilme, doğru ve yanlış değerlendirilme bunun yanı sıra eleştirebilme fırsatı bulmuşlardır. Filmin izletilmesinden sonraki tartışmada öğrenciler çok faydalandıklarını, derste anlatılan konuları değerlendirebilme şanslarının olduğunu ve daha iyi anladıklarını belirtmişlerdir. Aynı zamanda film izletilmesinin keyifli bir aktivite olduğunu ve öğrenmelerini kolaylaştırdığını da belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda, bir filmin birlikte izlenmesinin grup bütünlüğünü artırdığı, sınıfta keyifli bir öğrenme atmosferi geliştirdiği, sosyalleştirdiği ve eğlenceli bir ortam sağladığı bildirmektedir.<sup>27, 28</sup>

Gramaglia ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sinema eğitim projesine katılan tıp öğrencilerine seminer konularını öğretmek için film izletmişlerdir. 12 seminerde film izletilmiş ve ardından tartışılmıştır. Her seminer için farklı bir konuyu ele almışlardır. Örneğin, stigma,

savunuculuk, doktor-hasta iletişimi gibi. Filmden sonra yapılan tartışma ortamından keyif aldıklarını, teşvik edici ve zenginleştirici olduğunu, terapist-hasta ilişkisini görme şanslarını elde ettiklerini, empati yapınca nelerin kazanıldığını, duyarlılıklarının arttığını, iletişim becerilerinin ne kadar önemli olduğunu ve bu becerilerini arttırmaları gerektiğini anladıklarını bildirmişlerdir.<sup>29</sup> Bizim çalışmamızda öğrencilerin neredeyse tamamına yakını, filmdeki hemşirenin davranışlarını soğuk bulduklarını, hastalara davranış ve üslubunun hatalı olduğunu, staja çıktıklarında hastalara asla böyle davranmayacaklarını bildirmişlerdir. Derste konular anlatıldığı sırada psikiyatri kliniğinin terapötik ortamının ne kadar önemli olduğunu kavrayamadıklarını ancak bu film ile klinikte terapötik ortamdaki her davranışın her özelliğın hastaları olumlu ya da olumsuz etkileyebileceğini farkettilerini belirtmişler ve staja çıktıklarında bu konulara özellikle dikkat edeceklerini vurgulamışlardır.

Çam ve arkadaşları, bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hemşirelere, psikiyatri hemşireliği ve uygulamalarına ilişkin verdikleri kapsamlı eğitimin, hemşirelerin terapötik ortam algıları ve motivasyonları üzerine olan etkisini değerlendirmek için bir çalışma yapmışlardır. Yarı deneysel tipteki bu araştırma, bir psikiyatri hastanesinde çalışan ve olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilen 68 hemşire ile yürütülmüştür. Veriler, eğitim öncesi, sonrası ve üç ay sonrası, öz bildirime dayalı olarak toplanmıştır. Araştırma bulgularına göre, eğitime katılan hemşirelerin, eğitim programı sonunda "psikiyatri hemşireliği ve uygulamaları" konusundaki bilgilerinin arttığı ve verilen eğitimin hemşirelerin terapötik ortamı değerlendirmeye yönelik algılarını değiştirdiği ve elde edilen bilgilerin hemşirelerin yükümlülüklerini açık ve net bir şekilde kavramasına olanak sağlayarak motivasyonlarını arttırdığı saptanmıştır.<sup>30</sup> Bizim çalışmamızda öğrenciler filmdeki hemşirenin yargılayıcı ve kontrolcu tutumlarının hastaların gelişmelerine ket vurabileceğini ve hatta bir hastanın intiharına bile neden olabileceğini görmelerinin kendilerini oldukça etkilediğini ve empatinin, iletişimin ne kadar önemli olduğunu fark ettiklerini ifade etmişlerdir.

Kalra (2011) "Psikiyatri sinema klübü: psikiyatryi öğretmek için yeni bir yol" isimli makalesinde psikiyatrinin herhangi bir yönünü öğretmek için filmlerin kullanabileceğini belirtmiştir. Ancak psikiyatrinin herhangi bir yönünü öğretmek için filmlerin kullanılması durumunda, bunun da dikkatli ve makül yapılması zorunludur

şeklinde bildirmiştir. Psikiyatri konusunda uzmanları yetiştirirken, bütün uygun metodların kullanımı gereklidir ve böylece kendi alanlarında yetkinliklerini sağlarken yeterli bilgi ve beceriyi kazanırlar sonucuna ulaşmıştır. Bunu yaparken filmler gibi eğlenceli araçlar kullanılabilmesini bildirmiştir.<sup>25</sup> Bu çalışmadan elde edilen bu veriler bu konuda yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile birleştirildiğinde öğrencilerin öğrenimini kolaylaştırmak için izlenen filmlerin psikiyatrik konuları öğretmede de etkili olduğunu göstermektedir.<sup>22, 23, 26</sup> Yapılan diğer çalışmalarda, filmlerin psikopatoloji, teoriyi ve çoklu teorileri öğretmek için kullanıldığını bize göstermektedir. Özellikle psikiyatride karşı aktarım gibi bazı kavramları öğretmek zordur, ancak filmlerde bunu göstermekle öğrenmenin yolu da kolaylaşmaktadır şeklinde ifade edilmiştir. Filmlerde tüm izleyicilerin aynı şeyi izlediğini ancak tartışma ortamında farklı bakış açılarını da yansıtılabildiklerini ve başka nasıl olabileceği konusunda da fikirlerinin oluşmasına katkı sağlamadığı bildirilmiştir.<sup>31-35</sup>

Raingruber yaptığı çalışmasında psikiyatri hemşireliği öğretiminde filmlerin kullanımının avantaj ve dezavantajlarını araştırmıştır. On-line teori dersine kaydolmuş 11 master düzeyinde hemşirenin 7 filmde 5'ini seçmeleri ve izlemelerini istemiştir. Daha sonra filmlerin avantajları ve dezavantajları tartışılmıştır. Dezavantajları olarak, fazla zaman aldığını ve gerçek hayattan daha dramatik bir şekilde ele aldıklarını bildirmişlerdir. Avantajları olarak, empatiyi geliştirdiği, hem eğitim içeriğini sunduğu hem de etik ikilemleri görme şanslarının olduğunu, hastalarla birlikte izlendiğinde terapötik tartışmaların yapılabileceğini bildirmişlerdir.<sup>36</sup> Bizim çalışmamızda genel olarak öğrencilerden aldığımız geri bildirimler; filmin derste anlatılan terapotik ortama ilişkin bilgileri öğrenmelerini kolaylaştırdığı ve klinik öncesi bir klinik ortamı görme ve gözleme şansı yakaladıkları şeklindedir. Sinema filminin eğitim amaçlı kullanıldığı diğer bir çalışma Aye ve arkadaşları (2015) tarafından yapılmıştır. "Patch Adams" filmini izlettikleri çalışmalarında öğrencilerin kişisel ve profesyonel gelişmelerine filmin katkı sağladığını bildirmekte idiler. Filmde başrolde olan Patch Adams'ın sıradışı bir tıp öğrencisi olduğu, davranışlarında profesyonel yaklaşımı gösterdiği, empatiyi, yardım etmeyi ve hekim-hasta iletişimini kullanarak hastaları tedavi ettiği öne çıkan tutum ve davranışlarıdır. Bu filmin öğrencilerin profesyonelliğine ve kişisel gelişimine katkısı olduğunu bildirmişlerdir.<sup>21</sup> Bu

konuda yapılan çalışmaların ortak özellikleri değerlendirildiğinde film izletilmesi uygulamasının daha çok tıp ve psikoloji alanında denendiği saptanmış olup ve hemşirelik alanındaki literatürde buna ilişkin uygulama örneği daha azdır. Bu çalışma ile hem hemşirelik hemde psikiyatri hemşireliği alan yazınına katkı sağlayacağı ve Türkiye'de bu alandaki ilk çalışma olması nedeniyle önemli olacağı düşünülmüştür.

Sonuç olarak, bu çalışmada öğrenciler, anlatılan konuları daha iyi anladıklarını, farkındalıklarının arttığını ve bakım uygulamalarına yansıtıklarına yönelik geri bildirimler vermişlerdir. Öğrencilerin öğrenmelerine, bakım uygulamalarında farkındalıklarının artmasına katkı sağladığı, profesyonel bakış açısı geliştirdiği ve öğrencileri motive ettiği belirlenmiştir. Bu nedenle psikiyatri dersi kapsamında öğrencilerin daha aktif katılabilecekleri, motive olabilecekleri ve aynı zamanda kendilerine katkı olabilecek bu tür uygulamaların yapılması hemşirelik eğitim ve öğretimi açısından da önem taşımaktadır.

Çalışmanın etkinliği açısından, kanıt düzeyini geliştirmek için kontrol grubu ile çalışılması ve karşılaştırmayı kuvvetlendireceği düşünüldüğünden daha geniş popülasyonda yapılandırılmış çalışmaların planlanması önerilmektedir.

#### Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sınırlılıklarına baktığımızda ek uygulamalarla bu sınırlılıkların ortadan kaldırılabileceği düşünülmüştür. Dönem boyunca birkaç tane sinema filmi izletilerek, klinik uygulama öncesi ve sonrası değerlendirme formları uygulanarak ve ulaşılan sonucun kalıcılığına ilişkin bir izlem çalışması yapılarak çalışmanın sınırlılıklarına çözüm olacağı düşünülmüştür.

#### Kaynaklar

1. Akça Ay F. Mesleki temel kavramlar: Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar [Basic occupational concepts: Basic nursing concepts, principles, applications]. Akça Ay F, editör. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2007. s. 47.
2. Özbaş D, Buzlu S. Geçmişten Günümüze Psikiyatri Hemşireliği [Psychiatric Nursing from Past to Present Day]. İ. Ü. F. N Hemşirelik Dergisi [Florence Nightingale Journal of Nursing] 2011; 19(3).
3. Görüş S, Bilgi N, Bayındır Korkut S. Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımı [Use of Simulation in Nursing Education] Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi [Journal of

- Duzce University Institute of Health Sciences] 2014;4 [2]: 25-29.
4. Tamış Y. Psikiyatri Hemşireliğinin Uluslararası Boyutlarda İncelenmesi [International Study of Psychiatric Nursing]. [Doktora Tezi]. İstanbul. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, İstanbul University], İstanbul, Türkiye, 1996.
  5. Varcarolis E, Halter MJ. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence Based Care. China: Saunders Elsevier; 2014.
  6. Pektekin Ç. [Psychiatric Nursing] Psikiyatri Hemşireliği. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Etam A.Ş. 1992
  7. Dunn SV, Hansford B. Under graduate nursing students' perceptions of their clinical learning environment. Journal of Advanced Nursing 1997; 25(6): 1299-306.
  8. Karaöz S. Hemşirelikte klinik öğretime genel bir bakış ve etkin klinik öğretim için öneriler [General View of Clinical Education in Nursing and Recommendations for Effective Clinical Education] Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi [Research and development journal in nursing]2003; 5(1): 15-21.
  9. Grealish L, Carroll G. Beyond preceptorship and supervision: A third clinical teaching model emerges for Australian nursing education. Australian Journal of Advanced Nursing 1998;15(2): 3-11.
  10. Sullivan R, Magarick R, Bergthold G, Blouse A. et al. Tıp Eğitimi İçin Eğitim Becerileri Rehberi [Skills Training Guide for Medical Educators]. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı.1999. s.33-52.
  11. Rhodes M, Curran C. Use of the human patient simulator to teach clinical judgment skills in a baccalaureate nursing program. Computers Informatics Nursing 2005; 23(5): 256-62.
  12. Rauhen CA. Simulation as a teaching strategy for nursing education and orientation in cardiac surgery. Critical Care Nurs 2004; 24(3): 46-51.
  13. Issenberg SB, Mc Gaghie WC, Petrusa ER, Gordan DL et al. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: A BEME systematic review. Medical Teacher 2005;27(1): 10- 28.
  14. Bradley P. The history of simulation in medical education and possible future directions. Medical Education 2006; 40(3): 254-62.
  15. Gaba DM. The future of simulation in healthcare. Simulation in Healthcare 2007;(2): 126-35.
  16. Hilty DM, Alverson DC, Alpert JE, et al. Virtual reality, telemedicine, web and data processing innovations in medical and psychiatric education and clinical care. Academic Psychiatry 2006;(30): 528-533.
  17. Brown J. Applications of simulation technology in psychiatric mental health nursing education. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing. 2008;(15): 638-644.
  18. Gramaglia C, Jona A, Imperatori F, Zeppegno P. Cinema in the training of psychiatry residents: focus on helping relationships. BMC Medical Education. 2013;(21):13, 90.
  19. Dave S, Tandon K. Cinemeducation in psychiatry. Advances in psychiatric treatment 2011; (17): 301-308.
  20. Smithikrai C, Longthong N, PejseL C. Effect of Using Movies to Enhance Personal Responsibility of University Students. Asian Social Science. 2015; (11):5.
  21. Aye AM, Adlina S, Lugova H, Edariah AB. Cinemeducation in Personal and Professional Development. 7.th International Conference on Humanities and Social Sciences 2015; Faculty of Liberal Arts. Prince of Songkla University. June 5-6.
  22. Wedding D, Boyd MA, Niemic R. Movies and Mental Illness: Using Films to Understand Psychopathology. 3rd Edition. Cambridge, MA: Hogrefe. 2010.
  23. Searight HR, Saunders D. Teaching Psychology through Popular Film: A Curriculum. International J. Soc. Sci. & Education 2014; (4): 4.
  24. Maffei C, Görgeş F, Kissling W, Schreiber E, et al. Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using quasi-experimental pre-post design. BMC Psychiatry 2015;(15):93.
  25. Kalra G. Psychiatry movie club: A novel way to teach psychiatry. Indian J Psychiatry. 2011; 53(3): 258-260.
  26. Lumlertgul N, Kijpaisalratana N, Pityaratstian N, Wangsaturaka D. Cinemeducation: A pilot student project using movies to help students learn medical professionalism. Med Teach. 2009;31(7):327-32
  27. Misch DA. Psychological formulation training using commercial films. Acad Psychiatry. 2000;(24):99-104.
  28. Alexander M. Cinemaeducation: teaching family systems through the films. Fam Syst Health J Collaborative Fam Healthc. 2000;(18):455-467.
  29. Gramaglia C., Jona A., Imperatori F., Torre E., Zeppegno P. Cinema in the training of psychiatry

- residents: focus on helping relationships. BMC Medical Education. 2013;(13):90
30. Çam O., Baysan Arabacı L., Gördeles Beşer N. "Psikiyatri Hemşireliği" ile İlgili Verilen Eğitimin Hemşirelerin Terapötik Ortam Algıları ve Motivasyonlarına Etkisi. [Effect on Therapeutic Environment Perceptions and Motivations of Nursing to be Given Related to "Psychiatric Nursing" Education]. Türkiye Klinikleri J Nurs 2010;2(2):82-93
31. Bluestone C. Feature films as a teaching tool. Coll Teach. 2000;48:141-146.
32. Higgins SS, Lantz JM. An innovative approach using film and creative writing to teach developmental concepts to pediatric nursing students. J Pediatr Nurs. 1997;12:364-366.
33. Higgins JA, Dermer S. The use of film in marriage and family counselor education. Counsel Educ Superv. 2001;40: 182-192.
34. Toman SM, Rak CF. The use of cinema in the counselor education curriculum: strategies and outcomes. Counsel Educ Superv. 2000;40(2):105-114.
35. Misch DA. Psychological formulation training using commercial films. Acad Psychiatry. 2000; 24:99-104.
36. Raingruber B. Integrating Aesthetics Into Advanced Practice Mental Health Nursing: Commercial Film As A Suggested Modality. Issues in Mental Health Nursing. 2003;24:467-495. DOI: 10.1080/01612840390207953
37. Sönmez V., Alacapınar F. G. Örneklendirilmiş Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 3. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık; 2014.

## Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Rahatta (Konforda) Bozulma Hemşirelik Tanısını Kullanma Durumları

### The Examination of Nursing Students' Cases Using the Diagnosis of Comfort Corruption

Nilay ORKUN<sup>a</sup>  Şebnem ÇINAR YÜCEL<sup>b</sup> 

**ÖZET Amaç:** Bu çalışma hemşirelik fakültesi 2. Sınıfında öğrenim gören ve uygulama yapan öğrencilerin bakım sorumluluğunu üstlendikleri hastalarında saptadıkları Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline (FSÖ) dayalı Kuzey Amerika Hemşireler Birliği tanıları (NANDA) kullanarak belirledikleri rahatta (konforda) bozulma hemşirelik tanısını kullanma durumları ve bu tanıya ilişkin uygun amacın belirlenmesini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve retrospektif olarak yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın evren ve örneklemini Mart 2015 - Haziran 2017 tarihleri arasında Gastroenteroloji kliniğinde uygulama yapan 74 öğrenci oluşturmuştur. Araştırma verileri bir hemşirelik fakültesi 2. sınıfında öğrenim gören 74 öğrencinin staj dosyalarındaki bakım planları incelenerek elde edildi. Elde edilen 418 hemşirelik tanısının incelenmesi sonucunda bu tanılarından 39'unun Rahatta (Konforda) Bozulma hemşirelik tanısı olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin hasta bakımında kullandığı hemşirelik Bakım planlarında Gordon'un FSÖ ve fiziksel muayene bulguları yer almaktadır. Gordon'un FSÖ'ne dayalı NANDA Taksonomi II'nin 156 hemşirelik tanısının bulunduğu tanı listesinden yararlanılarak PES (Problem, Etiyoloji, Semptom) kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Veriler bilgisayar ortamında sayı ve yüzde ile değerlendirilmiştir. **Bulgular ve Sonuç:** Araştırma kapsamında takip edilen 74 hastanın (her öğrencinin bir hastası bulunmakta) tamamına Rahatta (Konforda) Bozulma hemşirelik tanısı kullanılması uygunken, hastaların sadece %52.7'sine (39) bu tanı kullanılmıştır. Öğrencilerin bu tanıya yönelik koydukları amaçlar değerlendirildiğinde %15.3'ünün (6) yanlış, %84.7'sinin (33) ise doğru amaç yazdığı saptanmıştır. Öğrencilerin bu tanıları koyma nedenleri incelendiğinde, uyku hijyeninde bozulma (%15.6), stres yaşama (%10.3), hastane ortamında bulunma (%20.6), ağrı-bulantı yaşama (%33.3), kaşıntı yaşama (%7.6), yorgunluğun olması (%12.8) olarak saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin araştırma sürecince kullandıkları hemşirelik tanı sayısı öğrenci başına ortalama 5.6'dır. Araştırma kapsamında alınan hastaların tamamına (74) rahatta (konforda) bozulma tanısı kullanılması uygunken, bu hastaların %52.7'sine bu tanı kullanılmıştır. Ayrıca öğrencilerin %84.7'sinin doğru amacı belirleyebildiği saptanmıştır. **Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik Tanısı, Rahatta (Konforda) Bozulma, Uluslararası NANDA, Hemşirelik, Öğrenci

**ABSTRACT Objective:** This descriptive and retrospective study was conducted to investigate how 2nd grade students in a nursing faculty diagnosed impaired comfort in patients under their supervision using the North American Nurses Association (NANDA) diagnoses based on Gordon's Functional Health Patterns (FHP) Model, and to determine the appropriate treatment approach. **Materials and Methods:** Seventy-four students who put their theoretical knowledge into practice in the gastroenterology clinic between March 2015 and June 2017 comprised the population and sample of the study. The study data were obtained by examining the care plans of the 74 2nd-grade students of a nursing faculty which were included in their internship files. The review of the 418 nursing diagnoses revealed that 39 of these diagnoses were related to the impaired comfort. The nursing care plans used by the students in providing healthcare to patients included Gordon's FHP and physical examination findings. The nursing diagnoses made by the students were evaluated according to the PES (Problem, Etiology, Symptom) criteria using the NANDA Taxonomy II which included 156 nursing diagnoses list based on Gordon's FHP. The data were analyzed on the computer using numbers and percentages. **Results and Conclusion:** Although it was possible to diagnose 74 patients (each student was responsible for one patient) with impaired comfort, only 52.7% of them (n=39) were diagnosed with impaired comfort. The evaluation of how to treat people diagnosed with impaired comfort showed that while 15.3% (n=6) of the students' approaches were wrong, 84.7% (33) of them displayed correct approaches. The analysis of the reasons why the students diagnosed the patients with impaired comfort demonstrated that of the causes, 15.6% were related to deterioration in sleep

Geliş Tarihi/Received:30-01-2017 / Kabul Tarihi/Accepted:20-07-2017

<sup>a</sup> Araştırma Görevlisi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, e-mail: [nilayorkunn@gmail.com](mailto:nilayorkunn@gmail.com) ORCID ID: 000-0001-5591-5847

<sup>b</sup> Doç. Dr. Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Sorumlu yazar /correspondence: Nilay ORKUN Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, [nilayorkunn@gmail.com](mailto:nilayorkunn@gmail.com). ORCID ID: 0000-0002-8904-7395

\*3. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur

hygiene, 10.3% to stress, 20.6% to staying in the hospital environment, 33.3% to pain / nausea, 7.6% to itching and 12.8% to fatigue. The number of impaired comfort nursing diagnoses made by the students included in the research was 5.6 per student. In the study, although it was possible to diagnose all the patients (n=74) with impaired comfort, only 52.7% of these patients were diagnosed with impaired comfort. It was also determined that 84.7% of the students displayed correct approaches to the treatment of the patients.

**Keywords:** Nursing Diagnosis, Impaired Comfort, International NANDA, Nursing, Student.

## Giriş

Hemşirelik mesleği, teknolojik gelişmelerle birlikte, uygulama alanlarındaki rol ve sorumlulukların artması, hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemeler, hemşirelik eğitiminin gelişmesi gibi faktörlerden etkilenmektedir. Tüm dünyada, hemşirelik uygulamaları alanında önemli değişimler yaşanmaktadır. Bu değişimlerden en önemlisi, hemşirelik mesleğine özel sınıflama sistemlerinin oluşturulması ve uygulama alanında kullanılmasıdır<sup>1</sup>.

Modern hemşirelik, üstlendiği çağdaş rolleri ile bireyin tüm bakım ortamlarında, en iyi hemşirelik bakımını almasını sağlayacak şekilde, hemşirelik bakımını organize etme ve sağlamada sistematik yaklaşımı benimsemektedir. Bu yaklaşım, hemşirelik sürecidir<sup>2,3</sup>. Hemşirelik süreci, sağlıklı/hasta bireyin sağlık bakım gereksinimlerinin tanımlanması ve bireye özgü bakımın verilmesinde kullanılan sistematik bir yöntemdir, hemşirelik uygulamalarının ise temelini oluşturur<sup>4</sup>. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre hemşirelik süreci; bilimsel problem çözme yönteminin hemşirelik bakımında kullanılmasıdır<sup>5</sup>.

Bilimsel bir kimlik kazanmak için hemşirelik sürecinin; hemşirelik bakımını koordine etme ve değerlendirilmesinde kullanılabilir amaçları listeleme, amaçlara ulaşmak için gerekli hemşirelik uygulamalarını belirleme, bakım kalitesini artırma, hemşirenin bilgisini artırma, uygulamaları geliştirme, iş gücü ve zaman kaybını önleme gibi yararları bulunmaktadır. Ayrıca, ekip üyeleri arasında iletişimi geliştirir, hemşireliğe yönelik eğitim ve araştırmalar için yazılı kaynakları oluşturarak hemşirelik hizmetlerini görünür hale getirir<sup>6</sup>. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı verilmesini sağlar<sup>3</sup>.

Mesleki otonomiye sahip bir meslek olma yolunda ilerleyen hemşireliğin eğitim düzeyini ve hemşirelik uygulamalarını uluslararası düzeye yükseltmek için belirlediği hedeflere ulaşabilmesi gerekmektedir. Bu nedenle de hemşirelik sürecini kullanma gerekliliği gün geçtikçe daha fazla önem kazanmıştır<sup>7</sup>. Bu amaçla ülkemizde 2007

yılında yayımlanan yeni hemşirelik kanunu madde 4'de hemşirelerin, hemşirelik tanımlarını saptamaları gerekliliği belirtilmiştir. Bu kanunda hemşireler, hemşirelik tanımlarını belirleyerek beklenen ihtiyaçlar doğrultusunda hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle yükümlü sağlık personeli olarak tanımlanmaktadır<sup>8</sup>.

Hemşirelik sürecinin kullanılması için hemşirelik eğitiminde hemşirelerin gereken bilgi ve beceriyi kazanması sağlanmalıdır. Hemşirelik süreci, hemşirelik öğrencilerinin bilimsel problem çözmeyi öğrendikleri temel araçtır<sup>7,9</sup>. Ülkemizde hemşirelik lisans eğitimi veren kurumların amaçlarından biri de sağlıklı ya da hasta bireyin hemşirelik bakım gereksinimlerini saptayabilen, hemşirelik bakımını planlayabilen, uygulayabilen ve değerlendirebilen hemşireler yetiştirmektir. Aynı zamanda hemşirelik lisans eğitimi veren kurumlar tarafından, hemşirelik sürecinin öğretiminde NANDA (Kuzey Amerika Hemşireler Birliği tanımları) tanımlarının kullanımı benimsenmiştir. Öğrenciler hemşirelik bakım planlarında NANDA tanımlarını kullanmakta ve bakımlarını bu doğrultuda yapmaktadırlar<sup>9</sup>.

Hemşirelik tanısı, bireyin ya da bir grubun hemşirelik uygulamaları ile karşılanacak bakım gereksinimlerinin adlandırılması aşamasıdır. Hemşirelik tanısının belirlenmesi ile birlikte hemşire yetki ve yeterliliğinde olan sonuçlara ulaşmak için gerekli hemşirelik girişimlerinin seçimi için bir temel oluşturur<sup>10,11,12</sup>. Hemşirelik tanımları, uygun hasta sonuçlarını belirlenmesinin yanında, uygun hemşirelik girişimine karar verme, bilgiyi organize etme ve paylaşmada profesyonel bir dil kullanılmasını sağlar<sup>13,14</sup>.

NANDA hemşirelik tanımları hemşirelik uygulaması ve eğitiminde ortak terminoloji kullanımını sağlayan standardize edilmiş hemşirelik dilidir. Hemşirelikte NANDA taksonomisi gibi standart dil kullanımının, hemşireler ve diğer sağlık personeli arasındaki iletişimi geliştirme, bakım kalitesini artırma, hemşirelik bakım standartlarını geliştirme ve bakım sonuçlarını değerlendirme gibi pek çok avantajı vardır<sup>14,15</sup>.



NANDA, 1973 yılında hemşirelik tanıları için standart bir terminoloji, içerik ve format oluşturma çalışmalarına öncülük etmiş<sup>16</sup>, 1986 yılında hemşirelik tanılarını açık hale getirmek ve gruplandırmak için ilk sınıflandırma sistemini oluşturmuştur. 1987 yılında “Taksonomi I”, 2003 yılında “Taksonomi II, NANDA’nın Hemşirelik Tanıları: Tanımlar ve Sınıflandırma 2003-2004” basılmıştır<sup>1</sup>.

Dünyadaki birçok ülkede<sup>15</sup> ve benzer şekilde ülkemizde de 2000 yılından sonra hemşirelik süreci ve NANDA hemşirelik tanıları ile ilgili çalışmalar artmıştır<sup>9,13,17,18</sup>. Bununla birlikte hemşirelik okullarının eğitim programlarına NANDA hemşirelik tanıları dahil edilmiştir. Ancak, hemşirelik eğitimi programına hemşirelik tanısının dahil olmasının önemi giderek artmasına rağmen, öğrencilerin tanı koymada bir çok zorluk yaşadıkları, hemşirelik tanılarını uygulama standartları kadar benimsemedikleri ve tanıların doğru bir şekilde kullanılmadığı belirtilmektedir<sup>3,14</sup>.

Hemşirelik tanısı koymaya ilişkin bu sıkıntıların varlığı mevcutken “Rahatta (Konforda) Bozulma” hemşirelik tanısının NANDA taksonomi II’ye eklenmesi ile birlikte bu hemşirelik tanısının kullanımına yönelik ne gibi sorunların yaşandığı da önemlidir. Rahat olma ve rahatlık tanımı doğrudan itibaren aranan bir durum ve ulaşılmak istenen bir hedeftir. Rahatlık gereksinimi ve rahatlatmanın önemi Nightingale dahil birçok hemşire kuramcı tarafından dile getirilmiştir. Nightingale’den beri geçerli, güncel ve önemli bir kavram olarak var olan rahatlık ve bireyin rahatlığının sağlanması bütüncül hemşirelik bakımının kaçınılmaz bir yapıtaşı olarak düşünülür<sup>19</sup>. Rahat, sıkıntısız olan hastalar daha çabuk iyileşir, hastalık stresi ile daha iyi baş eder, daha iyi rehabilite olur<sup>19,20</sup>.

Kolcaba’ya göre rahatlık sözcüğü latince’de “daha fazla kuvvetlendirmek, güçlendirmek” anlamında olan “confortare” sözcüğünden gelmektedir. Bu anlamda, güçlendirmek, cesaretlendirme, teşvik etme, yardım etme, sıkıntıdan kurtarma anlamındadır. Birçok kötü koşul rahatsızlık olarak adlandırılır ve genellikle sebep ve sonuç bir arada bulunur. Rahatlık, rahatlığın zıt durumu olan rahatsızlık nedenlerinin uzaklaştırılması, nötrale edilmesi veya etkilerinin azaltılması ile elde edilir. Hemşireler rahatsızlığın kaynağını genellikle hasta etkilenmeden önce tanımlar ve bu kaynağı uzaklaştırmaya yönelik girişimlerde bulunur.

Proaktif yaklaşımla rahatsızlık durumu ortaya çıkmadan rahatlık ortaya çıkar<sup>19,21</sup>.

Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması (Nursing Outcomes Classification) şemasında hemşirelik girişimleri sonucu bireyin rahatlık durumunu değerlendirmeye ilişkin göstergeleri içeren altı sonuç yer almaktadır. Aşağıda verilen bu sonuç adları ve tanımları rahatlık kavramının hemşirelik uygulamalarındaki yerini yansıttığı söylenebilir.

**Rahatlık Durumu:** Bir bireyin genel fiziksel, psikospiritüel ve çevresel rahatlık/ huzur ve güvenliği rahatlık durumu: Çevresel- Çevresel huzur, rahatlık ve ortamın güvenliği,

**Rahatlık Durumu (Fiziksel):** Homeostatik mekanizmalar ve bedensel duyularla ilgili fiziksel olarak rahatlık hissetme,

**Rahatlık Durumu (Psikospiritüel):** Kişinin yaşamının amacı ve anlamı, ilham kaynağı, emosyonel gönenci, benlik kavramı konularında psikospiritüel olarak iyi, rahat olma durumu,

**Rahatlık Durumu (Sosyokültürel):** Kültürel olarak aile, diğer sosyal ilişkiler ve kişilerarası ilişkiler konusunda sosyal olarak huzurlu /rahat olma durumu,

**Rahat Ölüm:** Yaşamın sonuna yaklaşırken fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel huzur/rahatlık,

**Çevre Yönetimi (Rahatlık):** Optimal rahatlığın sağlanması için hastanın çevresinin manipülasyonu/düzenlenmesi<sup>2,19</sup>.

Rahatlatma, rahatlığı sağlama biyopsikososyal boyutları olan süreç ve sonuçları içerir. Hemşirelerin, günlük uygulamalarında kullandıkları yaklaşımlar hastaların rahatlığını güçlendirebilir. Empatik bir yaklaşımla bireyin fiziksel, psikososyal ve spiritüel temel gereksinimlerinin karşılanması, bakıma katılmasının sağlanması, deneyiminden anlam bulmasına cesaretlendirilmesine bireyin rahatlığının sağlanmasında önemli bir destektir<sup>10</sup>.

NANDA Taksonomi II’de yer alan alanlar, sınıflar ve hemşirelik tanılarının sınıflaması Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Ö-rüntüleri modeline göre yapılmaktadır. Bu yapıdaki Taksonomi II; toplam 13 alan, 46 sınıf ve 2010 yılı itibarı ile 206 tanı içermektedir<sup>2,22</sup>. NANDA taksonomi II’ye konforun 12’nci alan<sup>2,5</sup> olarak eklenmesi ile birlikte “Rahatta (Konforda) Bozulma” hemşirelik tanısının birey için önemli olduğu fark edilmiştir. Bu alanın hemşirelik sürecine eklenmesi ile birlikte öğrencilerin bu hemşirelik tanısını kullanma durumları ve bu tanıya ilişkin uygun amacın

belirlenmesini incelemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

### Amaç

Bu çalışma, hemşirelik fakültesinde okuyan 2. sınıf öğrencilerinin, “Rahatta (Konforda) Bozulma” tanısını kullanma durumları, kullanma nedenleri ve bu hemşirelik tanısına yönelik amacın doğru belirleme durumlarını incelemek amacıyla retrospektif tanımlayıcı bir çalışmadır.

### Gereç ve Yöntem

#### Evren ve örneklem

Araştırmanın evrenini bir üniversitenin hemşirelik fakültesinde 2015-2017 yılları arasında öğrenim gören ve gastroenteroloji servisinde staja çıkan 2. sınıf öğrencileri oluşturdu (n=74). Araştırmanın örneklem seçimine gidilmeden evren üzerinden çalışıldı. Araştırmanın yapılması için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Etik Kurulundan izin alındı (etik kurul no:51).

#### Veri toplama aracı

Veri toplama formu olarak, hemşirelik fakültesi öğrencilerinin klinik uygulama dosyalarında yer alan, “Hasta Bireyi Tanılama” formu kullanıldı. Araştırmada 74 bakım planında yer alan 418 hemşirelik tanısından 39 tane “Rahatta (Konforda) Bozulma” hemşirelik tanısını incelenmiştir. Hasta bireye ait özel tanıtıcı bilgiler, bireyin sağlık hastalık öyküsü, Gordon’un 11 Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve fiziksel muayene bulguları veri toplama formuna kaydedilmiştir. Uygulamaya çıkılmadan önce öğrencilere Uluslararası NANDA Hemşirelik Tanıları hakkında teorik dersleri verilmiştir. Bu nedenle öğrencilerden bireye özgü hemşirelik tanılama aşamasında NANDA Taksonomi II tanı ifadelerini doğru kullanmaları beklenmiştir.

Veri toplama formunun Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modelinde: Sağlığı algılama sağlığın yönetimi, beslenme-metabolizma, boşaltım, aktiviteyi sürdürme, bilişsel-algısal örüntü, benlik kavramı, rol-ilişki örüntüsü, cinsellik üreme, baş etme-stres toleransı, değerler-inanç, güvenlik-korunma ve rahatlık alt alanları yer almaktadır. Bu alt alanlara göre hemşirelik bakım planları incelenmiş, öğrencilerden sorumlu öğretim üye ve elemanı ile birlikte hastalar ve öğrenci dosyaları klinik uygulama sürecinde gözlemlenerek, tanıları doğru kullanılıp kullanılmadıkları değerlendirilmiştir. Bu

değerlendirme aşamasında araştırmacılar tarafından öğrencilerin teorik eğitimlerinde kullanılan “hemşirelik süreci” konusuna ilişkin literatür bilgisine dayalı objektif bir değerlendirme listesi kullanılmıştır. Böylece öğrencilerin hemşirelik süreçlerinde yazmış oldukları amaçların ve hemşirelik tanılarına yönelik nedenlerin doğruluğunu kontrol etme imkanı bulunmuştur.

### Verilerin toplanması

Araştırmaya katılan öğrencilerden araştırmaya katılmaya isteklilik, gönüllülük ilkesine özen gösterilerek bilgilendirilmiş onamları alındı. Öğrenciler hemşirelik süreçlerinde 74 farklı hasta için toplam 418 hemşirelik süreci hazırlamışlardır. 418 hemşirelik sürecinin 39’unda yer alan “Rahatta (Konforda) Bozulma” hemşirelik tanısı değerlendirilmeye alınmıştır. Öğrenciler hemşirelik süreçlerinde 74 hastada 418 hemşirelik bakım planı hazırlamışlardır.

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistik analizleri Statistical Package of Social Science (SPSS) 21.0 programında yapılmıştır. Verilerin istatistiksel analizlerinde frekans, yüzde, ortalama, standart ile değerlendirildi.

### Bulgular

Araştırma sonucunda öğrenciler tarafından hazırlanan 74 hemşirelik sürecinden toplamda 39 tanesi “Rahatta (Konforda) Bozulma” hemşirelik tanısı olan 418 hemşirelik tanısı elde edildi.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin hemşirelik süreçlerinde kullandıkları hemşirelik tanı sayısı öğrenci başına ortalama 5.6+1.12’dir. Değerlendirmeyi yapan iki araştırmacı tarafından araştırma kapsamında her öğrencinin bir hasta alması doğrultusunda takip edilen 74 hastanın tamamına (%100) Rahatta (Konforda) Bozulma hemşirelik tanısı kullanılması uygunken, öğrenci hemşireler tarafından bu hastaların %52.7’sine Rahatta (Konforda) Bozulma hemşirelik tanısı kullanılmıştır.

Öğrencilerin Rahatta (Konforda) Bozulma hemşirelik tanısına yönelik saptadıkları amaçlar incelendiğinde %15.3’ünün (6) yanlış, %84.7’sinin(33) ise doğru amaçları yazabildikleri saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Rahatta (Konforda) Bozulma hemşirelik tanısı amaç belirleme durumları(n=74)

Amaç yazma durumları	n	%
Doğru	33	15.3
Yanlış	6	84.7
Toplam	39	100

Öğrencilerin Rahatta (Konforda) Bozulma hemşirelik tanısını koyma nedenleri incelendiğinde en çok ağrı ve bulantı yaşama (%33.3), en az ise hasta bireyin kaşını yaşaması (%7.6) nedeni ile bu tanıyı saptamışlardır (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin Rahatta (Konforda) Bozulma hemşirelik tanısını koyma nedenleri

Nedenler	n	%
Ağrı ve Bulantı Yaşama	13	33.3
Hastane Ortamında Bulunma	8	20.6
Uyku Hijyeninde Bozulma	6	15.4
Yorgunluğunun Olması	5	12.8
Stres Yaşaması	4	10.3
Bireyin Kaşını Yaşaması	3	7.6
Toplam	39	100

Ağrı, Bulantı, Yorgunluk ve Uyku örüntüsünde bozulma gibi hemşirelik tanıları Rahatta (Konforda) Bozulma hemşirelik tanısının alt tanılarıdır. Öğrenciler tarafından hazırlanan hemşirelik tanılarının %39.2'si Rahatta (Konforda) Bozulma hemşirelik tanısının alt tanılarıdır. Bu alt tanılarından %35.9'u "Ağrı", %28.6'sı "Yorgunluk", %20.8'i "Bulantı", ve %14.7'si "Uyku Hijyeninde Bozulma" hemşirelik tanılarıdır (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin belirlediği diğer hemşirelik tanıları (n=164)

Tanılar	n	%
Ağrı	59	35.9
Bulantı	34	20.8
Uyku Hijyeninde Bozulma	24	14.7
Yorgunluk	47	28.6
Toplam	164	100

Ancak tablolar incelendiğinde ağrı tanısı alanların %15.2'si, bulantı tanısı alanların %11.7'si, yorgunluk tanısı alanların %10.6'sı, uyku hijyeninde bozulma tanısı alanların %25'i Rahatta (Konforda) Bozulma hemşirelik tanısını almışlardır. Hastaların geri kalanına öğrenciler tarafından bu tanıların belirlenmesi uygun görülmemiştir.

## Tartışma

Hemşirelerin hastalara bütüncül yaklaşabilmesi ve kaliteli bakım verebilmesi için yeterli veri toplayarak doğru hemşirelik tanısını belirlemeleri gerekmektedir<sup>14,23</sup>. Hemşirelik sürecinde tanının belirlenmesi, sistematik ve kritik düşünmeyi gerektirir. Bu düşünme sürecinde, öğrencinin belleğindeki bilgi ve deneyiminden yararlanarak hastadan topladığı verileri doğru yorumlaması önemlidir<sup>10,14</sup>.

Hemşirelik bakımına bilimsel ve planlı bir yaklaşım getiren araç hemşirelik sürecidir. Hemşirelik eğitiminde, hemşirelik süreciyle ilgili bilginin verilmesi ve hemşirelik sürecinin öğrenciler tarafından etkin bir şekilde kullanılabilir olması öğrencilerin yetişmesinde çok önemli bir yer tutmaktadır<sup>24</sup>.

Hemşirelik öğrencilerinin NANDA hemşirelik tanısı sınıflandırma sistemini kullanabilme, eleştirel düşünme gücünün yanı sıra hastalıklar konusunda bilgi ve deneyimi de gerektirmektedir. Öğrenciler ilk defa hemşirelik süreci ve hemşirelik tanıları ile Hemşirelik Esasları dersinde başlamaktadır. İleri ki yıllarda diğer hemşirelik alanlarında hemşirelik sürecini kullanmaya devam etmektedirler.

Araştırmamızın sonuçlarına bakıldığında da, 74 hastamızın "Hasta Bireyi Tanılama Formu" incelendi ve hastaların tamamına "Rahatta (Konforda) Bozulma" hemşirelik tanısı konulmasının uygun olduğu saptandı. Hastaların tamamına "Rahatta (Konforda) Bozulma" hemşirelik tanısı konulmasının uygunken 39 hastaya bu hemşirelik tanısının konulması öğrencilerin "Rahatta (Konforda) Bozulma" hemşirelik tanısını nasıl kullanacakları konusunda eksikleri olduğunu düşündürmüştür. Öğrencilerin bu hemşirelik tanısını nasıl kullanacaklarını bilmemeleri hastanın ihtiyacı olsa dahi bu hemşirelik tanısını kullanmadıkları sonucunu göstermektedir.

Bunun nedeninin 13 alandan birisi olan konfor alanının 2010 yılında NANDA Taksonomi II listesine dahil olmasıyla birlikte bu alanının öğrenciler tarafında fark edilememesi ya da öğrencilerin ilk kez hemşirelik tanısı koyma deneyimlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin hemşirelik tanısını belirleme sürecinde yaptıkları hatalara bakıldığında genellikle veri toplama, verileri yorumlama, sınıflama ve tanıyı isimlendirme aşamalarında hata yaptıkları görülmüştür. Veri toplama aşamasında bilgi ve beceri eksikliklerinin

olması, yanlış ya da eksik veri toplama; yorumlama kısmında yanlış yorum yapma çelişkili verilere dikkat etmeme, güvensiz veri kullanma gibi durumların yaşanması; veri sınıflarken sınıflamayı erken yapma, doğru sınıflama yapamama; tanıyı isimlendirirken hemşirenin tanıya yönelik bilgi eksikliği, yanlış isim ile tanılama gibi hataların daha çok yapıldığı belirlenmiştir<sup>25</sup>.

Özer ve kuzu'nun (2006) hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik süreci ve Kuzey Amerikan Hemşireler Birliği Hemşirelik Tanılarını hasta bakımında kullanma durumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada toplam 386 bakım planı değerlendirmeye almış ve öğrencilerin 58 farklı hemşirelik tanısı koyduğu saptamışlardır. En fazla konulan tanılar enfeksiyon riski (%15.4), beslenmede örüntüsünde değişim (%9.3), solunum fonksiyonlarında değişim (%8.9) olarak saptanmıştır. Öğrencilerin %32.7'si planlama/uygulamayı, % 46.0'ı değerlendirme bölümlerini orta düzeyde yeterli olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Bu nedenle, öğrencilerde hemşirelik süreci uygulama becerisini geliştirilmesi gerektiği önerilmiştir<sup>9</sup>.

Güner ve Terakye (2000) yaptığı çalışmada, hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin örnek vakalarda yeterli düzeyde hemşirelik tanıları belirleyemediklerini, tıbbi tanıyı hemşirelik tanısı olarak yazdıklarını, hemşirelik alanına giren problemleri tam olarak ayırt edemediklerini saptamıştır<sup>17</sup>. Babadağ ve arkadaşlarının (2004) örnek vakalar üzerinde yaptıkları çalışmada, öğrencilerin hemşirelik tanıları doğru belirleyebilme oranlarının istendik düzeyde olmadığı belirtilmektedir<sup>26</sup>. Karadakovan ve Yeşilbalkan'ın (2004) öğrencilerin nörolojik hastalar için saptadıkları hemşirelik tanıları inceledikleri bir çalışmada, öğrencilerin belirledikleri hemşirelik tanılarına yönelik girişimlerin seçiminde yetersiz oldukları belirlenmiştir (2004). Çam ve arkadaşlarının psikiyatri dersinin uygulamasına çıkan öğrencilerle çalışmada ise öğrencilerin, psikiyatri hastalarında en fazla hareket etme tepkisel örüntü (%25,4) grubuna ait hemşirelik tanıları koydukları belirlenmiştir<sup>27</sup>.

Uysal ve arkadaşlarının (2016) hemşirelik ikinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamalar sırasında hazırladıkları hemşirelik bakım planlarında yer alan hemşirelik tanıları ve bu tanıları koymak için topladıkları verilerin yeterliliğini analiz etmek amacıyla yaptıkları çalışmada 98 bakım planı oluşturulmuş, bu

bakım planlarının NANDA-I Taksonomi II'ye göre bakım planlarında hemşirelik tanılarının %80,2'sini doğru olarak yazdıkları, hemşirelik tanılarının %74,6'sı için verilerin yeterli olduğu belirlenmiştir. Uysal ve arkadaşları sonuçları memnuniyet verici bulsalar da yetersiz veri ile hemşirelik tanısının belirlenmesi, tıbbi tanı, semptom ve bulguların hemşirelik tanısı olarak ifade edilmesinin üzerinde durulması gereken önemli konulardan olduğunu belirtmişlerdir<sup>28</sup>.

Yurtdışında yapılan kalitatif çalışmalara bakıldığında Ångström Brännström ve arkadaşlarının (2010) kanserli çocuklarda yaptıkları bir çalışmada ebeveynleri çocuklarıyla birlikte/çocuğun yakınında olmanın, çocuğu güçlü olarak algılamının, evinde gibi hissetmenin, bir aile olmanın ve evde olmanın, sosyal ağdan destek almanın rahatlatıcı olduğu görülmüştür. Kronik hastalıklı 4-10 yaşlarındaki çocukların rahat olma durumlarının belirlenmesi için yapılan nitel çalışmada çocukların fiziksel olarak ailesine yakın olmayı, kendini güvende ve güvenli hissetmeyi, personelin çocuk için orada olmasını, ebeveynlerin ve kardeşlerin orada olmasını içerdiği görülmüştür<sup>29</sup>.

Ayrıca incelenen hemşirelik süreçlerinde Rahatta (Konforda) Bozulma hemşirelik tanısının alt tanıları olan Ağrı, Bulantı, Yorgunluk ve Uyku örüntüsünde bozulma gibi hemşirelik tanılarının hastalara belirlenmesine rağmen öğrenciler tarafından bu tanıları bağlı olan Rahatta (Konforda) Bozulma hemşirelik tanısının hastalara uygun görülmemesi öğrencilerin bu tanıya ilişkin bilgilerinde eksikleri olduğunu ortaya koymaktadır.

Palese ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, hemşirelik öğrencileri tarafından en sık kullanılan hemşirelik tanılarının hareketlilikte bozulma, bireysel hijyende yetersizlik, deri bütünlüğünde bozulma, akut ağrı ve etkisiz hava yolu açıklığı olduğu saptanmıştır<sup>30</sup>. Noh ve Lee'nin çalışmasında (2015) hemşirelik öğrencilerinin en yaygın kullandıkları hemşirelik tanıları akut ağrı, hipertermi, konstipasyon, bilgi eksikliği ve deri bütünlüğünde bozulma olduğu belirtilmiştir<sup>31</sup>.

Uysal ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında, öğrencilerin en sık kullandıkları hemşirelik tanıları enfeksiyon riski, uyku örüntüsünde rahatsızlık, akut ağrı, anksiyete, travma riski ve bilgi eksikliği olduğu ifade edilmiştir<sup>28</sup>. Aydın ve Akansel'in çalışmasına (2013) göre, öğrencilerin sıklıkla kullandıkları

tanılar enfeksiyon riski, akut ağrı, anksiyete, aktivite intoleransı, beden gereksiniminden az beslenme ve konstipasyondur<sup>32</sup>. Özer ve Kuzu'nun çalışmasında (2006), öğrencilerin en sık kullandıkları hemşirelik tanıları enfeksiyon riski, akut ağrı, uyku örüntüsünde bozulma, deri bütünlüğünde bozulma riski, aktivite intoleransı ve konstipasyon olduğu belirtilmiştir<sup>9</sup>. Türk ve arkadaşlarının çalışmasında (2013), hemşirelik öğrencilerinin en sık kullandıkları hemşirelik tanılarının enfeksiyon riski, akut ağrı, konstipasyon, uyku örüntüsünde bozulma, anksiyete, aktivite intoleransı, fiziksel hareketlilikte bozulma ve travma riski olduğu saptanmıştır<sup>13</sup>.

İncelen literatür doğrultusunda öğrencilerin Rahatta (Konforda) Bozulma hemşirelik tanısının alt tanımlarını sıklıkla kullandıkları ancak Rahatta (Konforda) Bozulma hemşirelik tanısını pek kullanmadıkları saptanmıştır.

Oliveria (2013) "rahatlığın değerlendirilmesi" için bir kavram analizi yapmıştır. Yapılan analize göre rahatlığı değerlendirme kavramının dört tipik özelliği olduğu saptanmıştır. Rahatlığın değerlendirilmesi kavramı genellikle klinik ortamdaki hemşirelik bakımına uygun olduğu ve çoklu hastalığı bulunan hastalarda ise bakımlarının içerisinde rahatlık kavramının mutlaka olması gerektiği vurgulanmaktadır<sup>33,34</sup>.

Bu çalışmalarda da görüldüğü gibi klinik ortamda hemşire hastasını bakımını sırasında rahatlık açısından da değerlendirmektedir. Yurtdışında hastanın rahatlık (konfor) açısından irdelenmesinin bir başka nedeni ise hemşirelik tanımlarının daha aktif bir şekilde kliniklerde kullanılması olabileceği düşünülmektedir.

### Sonuç

Hemşirelik kuramlarının dört metaparadigması, insan, çevre, sağlık/hastalık ve hemşireliktir. Hemşireler sistematik olarak bakım vermeye başladıktan sonra konfor, bakım, iletişim gibi çeşitli kavramları kullanmaya başlamışlardır<sup>35,36</sup>.

Araştırmamızın sonuçlarına bakıldığında öğrencilerin "Rahatta (Konforda) Bozulma" hemşirelik tanısını bütün hastalara (n=74) kullanmaları gerekirken bu tanıyı kullanmadıkları saptanmıştır.

Bu tanının doğru kullanılması için veri toplama sürecinin eksiksiz olması, toplanan verilerin doğru bir şekilde analiz edilmesi ve verilerin tanımlarla ilişkilendirilmesi konusunda

deneyimlerinin artırılması gerekmektedir. Öğrencilerin eğitim süreçlerinde daha fazla hemşirelik süreci hazırlamalarına imkan verilerek hemşirelik tanımlarında doğru amacın yazılması sağlanmalı ve "Rahatta (Konforda) Bozulma" hemşirelik tanısına yönelik öğrencilere değişik vakaların sunulması eğitim programlarında bu aktif yöntemlerin kullanılması gerekmektedir.

Hemşireler, iyileşmekte olan ve kendi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilecek düzeye gelen hastalarda konforu bozan etkenleri ortadan aldirmaya çalışarak hastaların güç kazanmasına, yenilenmesine yardımcı olurlar<sup>20</sup>. Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinin eğitimi sırasında "Rahatta (Konforda) Bozulma" hemşirelik tanısının bireyin yaşamında vazgeçilmez olduğu vurgulanarak, hemşirelik süreci doğru amaç ve hedef doğrultusunda öğrenciye aktarılmalı, ayrıca hemşireyi tanıya götüren nedenler ayrıntılı bir şekilde anlatılmalıdır.

Lisans eğitiminde vaka ve olgu sunumları ile Rahatta (Konforda) Bozulma hemşirelik tanısını nasıl kullanacakları konusunda eğitimlerin planlanması gerekmektedir. Ayrıca bu tanıya yönelik çalışmaların artırılarak bu çalışma sonuçlarının paylaşılması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.

### Kaynaklar

1. Ay F. Uluslararası Alanda Kullanılan Hemşirelik Tanımları ve Uygulamaları Sınıflandırma Sistemleri [International Classification Systems of Nursing Diagnosis and Practices: Medical Education].Türkiye Klinikleri dergisi [J Med Sci] 2008; 28: 555-561.
2. Sabuncu N. [Hemşirelik süreci]. Sabuncu N, editör. Hemşirelik bakımında ilke ve uygulamalar. Alter Yayıncılık; 2008: 137-141.
3. Keski Ç, Karadağ A. Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Süreci Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi [Investigation of Knowledge Levels of Final Year Nursing Students Regarding Nursing Process]. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi [Turkish Journal Of Research & Development In Nursing] 2010;12(1):41-52.
4. Birol L. Hemşirelik Süreci [Hemşirelik Süreci aşamaları]. 7. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık; 2005, s. 97-99.

5. World Health Organization (WHO), (1994) Lemon learning material on nursing. Chapter 4: Nursing process and documentation 2009; 1(1): 96.
6. Yıldırım B, Koç ŞÖ. Eleştirel Düşünmeyi Hemşirelik Sürecinde Uygulama [Nursing Process Application In Critical Thinking]. Meslek Yüksekokullarının Elektronik Dergisi [Electronic Journal of Vocational Colleges] 2013;3(3):29-35.
7. Kaya N, Babadağ K, Yeşiltepe KG, Uygur E. Hemşirelerin Hemşirelik Model/Kuramlarını, Hemşirelik Sürecini ve Sınıflama Sistemlerini Bilme ve Uygulama Durumları [Nurses' Nursing Model / Theory, Nursing Process, and Classification Systems Know and Implication Status]. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi [Maltepe University Nursing Science and Art Review] 2010;3(3): 24-33.
8. Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlığı. T.C Resmi Gazete, Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun 2007/26510: 1. (Güncellenme Tarihi: 2 Mayıs 2007). Erişim adresi:<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>.
9. Özer FG, Kuzu N. Öğrencilerin bakım planlarında hemşirelik süreci ve NANDA tanımlarını kullanma durumları [The Status Of Students' Use Of Nursing Process And Nanda Diagnoses In Their Care Plans] Ege Üni.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi [Journal of Ege University Nursing Faculty] 2006; 22 (1): 69-80.
10. Birol L. (2009). Hemşirelik süreci [Hemşirelik süreci]. İzmir: Etki Matbaacılık; 2009, s.92-93.
11. Tambağ H, Can R. Hemşirelik öğrencilerinin psikiyatri hemşireliği dersi uygulamalarında NANDA hemşirelik tanımlarını belirleme düzeylerinin değerlendirilmesi [Evaluation Of The NANDA Nursing Diagnoses Level Of Determining In Nursing Students During Application Of The Psychiatric Nursing Course]. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi [Yıldırım Beyazıt University Journal of Nursing] 2014;2(3), 12-20.
12. Şendir M, Acaroğlu R, Aktaş A. Hemşirelik yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin hemşireliğe ilişkin görüşleri [Investigation Of Final Year Nursing Students' Opinions About Nursing Profession]. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [Journal of Istanbul University Florence Nightingale Nursing Faculty] 2009;17(3), 166-173.
13. Türk G, Tuğrul E, Şahbaz M. Determination of nursing diagnoses used by students in the first clinical practice. International Journal of Nursing Knowledge 2013;24 (3),129-33.
14. Zaybak A, Özdemir H, Erol A, İsmailoğlu E.G. An exploration of nursing student's clinical decision making process. International Journal of Nursing Knowledge 2017. DOI: 10.1111/2047-3095.12179.
15. Olaogun A, Oginni M, Oyedeji TA, Nnahiwe OI. Assessing the use of the NANDA-International nursing diagnoses at the Obafemi Awolowo University Teaching Hospitals Complex, Ile Ife, Nigeria. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications 2011;22 (4), 157-61.
16. Herdman T. H. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2012–2014. Oxford, England: Wiley.
17. Güner P, Terakye G. Hemşirelik yüksekokulları son sınıf öğrencilerinin hemşirelik tanımlarını belirleyebilme düzeyleri [The level of determination nursing diagnosis of senior nursing school students]. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [Journal of Cumhuriyet University Nursing Faculty] 2000; 4(1): 9-15.
18. Hakverdioğlu G, Khorshid L, Eşer I. Examination of nursing diagnoses used by nursing students and their opinions about nursing diagnoses. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications 2009; 20 (4), 162-168.
19. Erdemir F, Çırlak A. Rahatlık Kavramı ve Hemşirelikte Kullanımı [The concept of comfort and Its Utilization in Nursing]. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi [Electronic Journal of dokuz eylul University Nursing Faculty]. 2013; 6(4 ): 224-230.
20. Malinowski A. Comfort: Exploration of The Concept in Nursing. Journal Of Advanced Nursing 2002; 39(6): 599–606.
21. Kolcaba K, Kolcaba R. An analysis of the concept of comfort. Journal of Advanced Nursing 1991; 16: 1301-1310.

22. Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı [Rahatlıkta (Konforda) Bozulma], 13. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012, s. 365-368.
23. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin A, Van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: Results of a nursing diagnoses, interventions and outcomes implementation study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*; 2007;18 (1), 5-17.
24. Çam O, Özgür G, Gürkan A, Dülgerler Ş, Engin E. Psikiyatri Hemşireliği Klinik Uygulamalarında Öğrenci Hemşirelerin Hemşirelik Süreci Raporlarının Değerlendirilmesi [The Evaluation Of Students' Nursing Process Reports In Psychiatric Nursing Clinical Practice]. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi [Journal of Ege University Nursing Faculty]* 2004; 20(1): 23-34.
25. Şendir M, Büyükyılmaz F. [Hemşirelik Tanısı]. Aştı TA, Karadağ A Editör. *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı*. İstanbul: Akademi Yayıncılık 2014;184-185.
26. Babadağ K, Kaya N, Esen F. Öğrencilerin NANDA hemşirelik tanılarını belirleme durumlarının saptanması [Identification of students' identification of NANDA nursing diagnoses]. *Hemşirelik Forumu [Nursing Forum]* 2004, 7(3): 37-41.
27. Karadakovan A, Usta Yeşilbalkan Ö. Öğrencilerin Nörolojik Hastalarda Saptadıkları NANDA Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi [The Investigation of the NANDA Nursing Diagnosis Determined by the Students on Neurological Patient]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [Journal of Atatürk University Nursing Faculty]* 2004; 7(3):1-7.
28. Uysal N, Arslan GG, Yılmaz İ, Alp FY. Hemşirelik İkinci Sınıf Öğrencilerinin Bakım Planlarındaki Hemşirelik Tanıları ve Verilerin Analizi [Analysis of Collected Data And Of Nursing Diagnosis in Care Plan Second Year Nursing Students']. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi [Celal Bayar University Journal of health Science ]* 2016; 2(5): 139-143.
29. Angström-Brännström C, Norberg A, Jansson L. Narratives of children with chronic illness about being comforted. *Journal of Pediatric Nursing* 2008; 23(4): 310-316.
30. Palese A, De Silvestre D, Valoppi G, Tomietto M. A 10-year retrospective study of teaching nursing diagnosis to baccalaureate students in Italy. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 2009;20 (2), 64-75.
31. Noh H.K, Lee E. Relationships among NANDA-I diagnoses, nursing outcomes classification, and nursing interventions classification by nursing students for patients in medicalsurgical units in Korea. *International Journal of Nursing Knowledge* 2015;26 (1),43-51.
32. Aydın N, Akansel A. Determination of accuracy of nursing diagnoses used by nursing students in their nursing care plans. *International Journal of Caring Sciences*, 6 2013;(2), 252-257.
33. Oliveira I. Comfort measures: a concept analysis. *Research and Theory for Nursing Practice* 2013; 27 (2): 95-114.
34. Kolcaba K. A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 19: 1178-1184.
35. Arslan H, Konuk DŞ. Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi [Studying The Concepts Of Stigma, Spirituality And Comfort In Accordance With Meleis' Concept Development Process ]. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi [Maltepe University Nursing Science and Art Review]* 2009; 2(1): 51-58.
36. Yücel ŞÇ. Kolcaba'nın Konfor Kuramı [Kolcaba's Comfort Theory]. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi [Journal of Ege University Nursing Faculty]* 2011; 27(2): 79-88.

## İletişim Becerileri Eğitiminin Hemşirelik Öğrencilerinin Sanal ve Kişilerarası İlişkilerine Etkisi

### The Effect of Communication Skills Training of Nursing Students and Its Effect on Their Virtual and Interpersonal Relationship

Münire TEMEL<sup>a</sup>  Fatma Nevin ŞİŞMAN<sup>b</sup> 

**ÖZET Amaç:** Çalışmanın amacı iletişim becerileri eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin sanal ve kişilerarası ilişkilerine etkisini incelemektir. **Gereç ve yöntem:** Tek grupta ön test-son test yarı deneysel tasarımda olan araştırma bir üniversitenin hemşirelik bölümü birinci sınıfında okuyan 71 öğrenci ile Nisan-Haziran 2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmada literatür doğrultusunda hazırlanan Kişisel Bilgi Formu ile Kişilerarası İlişki Tarzları Ölçeği ve Sanal Ortam Yalnızlık Ölçeği kullanıldı. Çalışmaya katılan öğrencilere veri toplama araçları uygulandıktan sonra (ön test) sunum, rol canlandırma, karşılıklı tartışma gibi yöntemler kullanılarak 10 haftalık iletişim becerileri eğitimi verildi. Onuncu oturumdan bir hafta sonra son test ölçümü yapıldı. Bulguların değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve iki eş arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı, önemlilik düzeyi  $p < 0.05$  kabul edildi. **Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin %78.9'unun kız olduğu, %78.9'unun birkaç samimi arkadaşının olduğu ve öğrencilerin sanal ortamda günlük ortalama  $4.52 \pm 3.25$  saat geçirdiği belirlendi. Öğrencilerin Kişilerarası İlişki Tarzları Ölçeği besleyici alt boyutu ön test ( $30.28 \pm 4.92$ ), son test puanları ( $34.89 \pm 6.88$ ) arasında anlamlı fark bulunurken ( $p < 0.05$ ), ketleyici ilişki alt boyutu ön test ( $15.04 \pm 8.72$ ), son test ( $12.91 \pm 5.34$ ) puanları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p > 0.05$ ). Öğrencilerin Sanal Ortam Yalnızlık Ölçeği sanal sosyalleşme alt boyutu ön test ( $26.71 \pm 6.13$ ), son test puanları ( $24.63 \pm 6.47$ ) arasında ve sanal yalnızlık alt boyutu ön test ( $17.47 \pm 3.81$ ), son test puanları ( $16.28 \pm 4.37$ ) arasında anlamlı fark olduğu ( $p < 0.05$ ), sanal paylaşım alt boyutu ön test ( $14.78 \pm 6.17$ ), son test ( $15.16 \pm 6.93$ ) puanları arasında ise anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p > 0.05$ ). **Sonuç:** İletişim becerileri eğitiminin öğrencilerinin besleyici kişilerarası ilişki tarzlarını geliştirdiği, sanal sosyalleşme ve sanal yalnızlık düzeylerini azalttığı belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik öğrencileri, iletişim becerileri, kişilerarası ilişkiler, sanal iletişim

**ABSTRACT Aim:** The aim of this study was to assess the effect of communication skills training of nursing students and its effect on their virtual and interpersonal relationship. **Material and Method:** The study pre-test-post-test in single group quasi experimental design was carried out at the Nursing Department of a university in April-June 2016. Instruments used in this study were Personal Information Form issued in accordance with the literature reviewed, Interpersonal Relationship Style Scale, and Virtual Environment Loneliness Scale. The study was carried out with 71 voluntaries 1st class undergraduates of nursing department. Data collection instruments were applied to these undergraduates (pretest), and a 10-week communication skills training was given to them using methods such as presentations, role play, and debate. Post-test was applied one week after the 10th session. Descriptive statistics and Paired Sample T-Test were used in the assessment of the findings, and level of significance was found out to be  $p < 0.05$ . **Results:** It was determined that 78.9% of the subjects were female, 78.9% of them had close friends, and that undergraduates spent approximately  $4.52 \pm 3.25$  hours daily on virtual platforms. It was found out that there was a significant difference between Interpersonal Relationship Style Scale nourishing relationship style sub-dimension pre-test ( $30.28 \pm 4.92$ ) and post-test ( $34.89 \pm 6.88$ ) scores ( $p < 0.05$ ); however, it was found out that there was no significant difference between pre-test and ( $15.04 \pm 8.72$ ) and post-test ( $12.91 \pm 5.34$ ) scores of frustrating relationship style sub-dimension ( $p > 0.05$ ). It was also determined that there was a significant difference between the pre-test ( $26.71 \pm 6.13$ ) and post-test ( $24.63 \pm 6.47$ ) scores of Virtual Environment Loneliness Scale socializing sub-dimension, and between pre-test ( $17.47 \pm 3.81$ ) and post-test ( $16.28 \pm 4.37$ ) scores of loneliness sub-dimension ( $p < 0.05$ ); however, it was determined that there was no significant difference between pre-test ( $14.78 \pm 6.17$ ) and post-test ( $15.16 \pm 6.93$ ) scores of sharing sub-dimension ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** It was found out that communication skills training improved nourishing relation styles of undergraduates, decreased levels of virtual socializing and virtual loneliness.

**Keywords:** Nursing students, communication skills, interpersonal relationship, virtual communication

Geliş Tarihi/Received: 13-03-2017 Kabul Tarihi/Accepted: 19-09-2017

<sup>a</sup> **Sorumlu yazar /Correspondence:** Dr. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğretim Görevlisi, e mail: [tmunire@yahoo.com](mailto:tmunire@yahoo.com) ORCID ID: 0000-0002-8099-6287

<sup>b</sup> <sup>2</sup> Yrd. Doç. Dr. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi, e mail: [nevin4083@yahoo.com](mailto:nevin4083@yahoo.com), ORCID ID: 0000-0001-9543-6875

IV. Uluslararası VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 6-9 Kasım 2016, Manisa'da poster bildiri olarak sunulmuştur.



## Giriş

İnsanoğlu var olduğundan bu yana doğası gereği diğerleriyle iletişim ve ilişki kurma ihtiyacındadır.<sup>1-3</sup> Geçmişten günümüze baktığımızda insanların bu ihtiyaçları sürmekle birlikte dünyadaki iletişim ve ilişki kurma biçimlerinin değiştiği görülmektedir. Geçmiş zamanlarda ve geleneksel toplumlarda küçük bir grupta yüz yüze iletişim yeterli olurken, modern toplumlarda ve günümüzde yüz yüze iletişimin yanında teknolojik iletişim araçlarını kullanmak bir gereklilik haline almıştır.<sup>4</sup> Sürekli büyüyen bir iletişim aracı olan internet teknolojisinin son yeniliklerinden biri de beden ve mekândan bağımsız olarak iletişimin gerçekleştiği sanal sosyal ağlardır. Sanal iletişim özellikle de genç nüfusta hızla benimsenmiş ve gençlerin sosyalleşmesinde önemli bir yere sahip olmuştur.<sup>4,5</sup> İletişimde pek çok avantaj sunan sanal iletişim bazı kişiler için gerçek iletişim ve sosyal ilişkilerin alternatifi haline gelmiştir.<sup>4,6,7</sup> Bu nedenle iletişim becerileri sadece yüz yüze ilişkiler için değil sanal ilişkiler açısından da önemli bir yere sahiptir.

Günümüzde bireylerin gerek iş yaşamında gerekse sosyal yaşamda başarılı olabilmeleri için akademik bilgi ve becerileri yeterli olmamakta, sosyal ortamlarda kendini ifade etme ve diğerlerini anlamaya dayalı kişilerarası ilişki becerileri ön plana çıkmaktadır. Bu durum özellikle de kişilerarası ilişkilerinin daha yoğun olduğu meslek gruplarında çalışanlar için daha fazla önem arz etmektedir. Bir sağlık disiplini olan hemşirelik bireyle kurduğu kişilerarası ilişki aracılığıyla insana doğrudan hizmet veren, çalıştığı her alanda sağlıklı veya hasta bireyle yakın ilişkide olunan bir meslektir.<sup>3</sup> İletişim ve kişilerarası ilişki becerileri hemşirelik becerileri arasında önemli bir yer tutmakta olup, bakım alan bireye ulaşmada önemli bir aracı olmaktadır. İletişim aynı zamanda sağlıklı /hasta bireyin bakımında güçlü bir terapotik araçtır.<sup>1,2</sup> Hemşire kuramcılardan Orlando, Travelbee, Peplau hemşireliği kişilerarasında yer alan bir etkileşim süreci olarak tanımlamışlardır.<sup>2,8</sup> Hemşirenin hizmet verdiği grupta sağlıklı kişilerarası ilişkiler kurması hasta bakımına olumlu yönde yansımakta ve hemşirenin hizmet verdiği bireylerin memnuniyetinin artmasına neden olmaktadır.<sup>9,10</sup> Hemşirelikte etkili iletişim, hemşirelik bakımının hayati bir bileşeni olmakla birlikte hemşirelerin bakım verdiği birey, yakınları veya sağlık ekibi ile iletişimde

bazı yetersizlikler yaşadıkları görülmektedir.<sup>11</sup> Kumcağız ve arkadaşları<sup>10</sup> yaptıkları çalışmada hemşirelerin iletişim beceri düzeylerinin istenilenin altında olduğunu ve geliştirilmesi gerektiğini belirtmektedir.

Üniversite öğrenciler için kişilerarası ilişkilerin yoğun olarak deneyimleyebileceği alanlardır. Hemşirelik öğrencileri de diğer öğrenciler, öğretim elamanları, sağlık ekibi ve hastalar gibi birbirinden farklı özellikte ihtiyaçları, beklentileri olan pek çok kişiyle önemli ilişkilerde bulunurlar. Bu açıdan hemşirelik eğitimi etkili iletişim davranışları geliştirmede önemli bir rol oynamaktadır.<sup>12</sup>

Ülkemizde hemşirelik bölümüne kabul edilen öğrenciler genellikle lise eğitiminde sayısal ağırlıklı ders konuları görmekte olup, iletişim becerilerini geliştirebilecek dersler almamaktadır. Hemşirelik eğitim müfredatlarında iletişim ve kişilerarası ilişkileri içeren genellikle iki-dört saat süreli teorik veya teorik ve uygulamalı derslerin bulunduğu görülmektedir. Çalışmalarda hemşirelik öğrencilerinin iletişim ve kişilerarası ilişki becerilerinin yaş ve sınıf arttıkça önemli bir değişiklik göstermediği de görülmektedir.<sup>3,13,14</sup> Yapılan bir çalışmada hemşirelik öğrencilerin büyük çoğunluğu iletişim konusunda eksiklikleri olduğunu ve eğitime gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir.<sup>9</sup> Başka bir çalışmada da hemşirelik öğrencileri klinik uygulamalarda hastalar, sağlık ekibi ve klinik eğitimcileri ile iletişim sorunları yaşadıklarını bildirilmiştir.<sup>15</sup> Hemşirelik ve tıp öğrencilerinin katıldığı bir diğer çalışmada ise öğrenciler hastalar ile iletişimde zorluklar yaşadıklarını, hem genel iletişim teknikleri hem de zor hastalarla iletişim konusunda eğitime ihtiyaç duyduklarını söylemişlerdir.<sup>16</sup> Bu sonuçlardan yola çıkarak bu çalışmada hemşirelik öğrencilerine verilen iletişim becerileri eğitiminin öğrencilerin sanal ve kişilerarası ilişkilerine etkisini incelemek amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

**Araştırma tipi:** Çalışmada tek grupta ön test-son test yarı deneysel tasarım kullanıldı.

## Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma bir devlet üniversitesinin hemşirelik bölümü birinci sınıfında okuyan öğrenciler ile Nisan-Haziran 2016 tarihleri arasında, Kişilerarası İlişkiler dersi (teorik 2 saat)

kapsamında yapıldı. Çalışmanın evrenini hemşirelik birinci sınıf öğrencileri oluşturdu (N:106). Çalışmada örneklem seçimine gidilmeden tüm birinci sınıflar dahil edildi. Lisede kişilerarası ilişkiler ve iletişime yönelik ders aldıkları için sağlık meslek lisesi mezunu öğrenciler (13 kişi) derslere katılmakla birlikte değerlendirmeye alınmadı. Bu nedenle araştırmanın başlangıcında 93 öğrenci ön testleri doldurdu. Oturumlara iki ve daha fazla kez katılmayan öğrenciler (14 kişi) ve son testleri doldurmayan öğrenciler (8 kişi) de değerlendirme dışı bırakıldı. Çalışma 71 öğrenci ile tamamlandı.

### Veri toplama araçları:

Araştırmanın verileri Kişisel bilgi formu, Kişilerarası İlişki Tarzları Ölçeği (KİTÖ) ve Sanal Ortam Yalnızlık Ölçeği (SOYÖ) kullanılarak toplandı.

**Kişisel bilgi formu:** Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda<sup>1,3,5,7,10</sup> hazırlanan 8 sorudan oluşmaktadır. Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ile sanal ve yüz yüze ilişkilerine ait sorular bulunmaktadır.

### Kişilerarası İlişki Tarzları Ölçeği (KİTÖ):

Ölçek Şahin, Durak ve Yasak tarafından geliştirilen ölçek öz bildirimine dayalı, 31 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin açık ve saygılı ilişki alt boyutları birleşerek Besleyici” (tek sayılı maddeler) alt boyutu ve benmerkezci ve küçümseyici alt boyutları birleşerek Ketleyici” (çift sayılı maddeler) alt boyutu oluşturmakta ve ölçek iki alt boyut olarak da kullanılabilir. 4’lü likert tipindeki ölçeğin yanıtlanması ve puanlaması “Hiçbir zaman” (0), “Bazen”(1), “Sık sık”(2), “Sürekli”(3) şeklindedir. Ölçeğin besleyici alt boyut puan aralığı 0-48 olup, puan yükseldikçe ilişkiler olumlu olarak, ketleyici alt boyut puan aralığı 0-45 olup, puan yükseldikçe kişilerarası ilişkiler olumsuz olarak yorumlanmaktadır. Ölçeğin güvenilirlik analizlerinde Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur.<sup>17</sup> Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0.69 bulundu.

### Sanal Ortam Yalnızlık Ölçeği (SOYÖ):

Korkmaz, Usta ve Kurt tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek, üç alt boyuttan ve 20 maddeden oluşmaktadır. 5 dereceli Likert tipindeki ölçek (1) hiç

yansıtmıyor”, “(2) Çok az yansıtıyor”, (3) Kısmen yansıtıyor”, “(4) Çok yansıtıyor” ve “(5) Tamamen Yansıtıyor” şeklinde düzenlenmiş ve puanlanmıştır. Ölçeğin alt boyutları Sanal sosyalleşme (8 madde), sanal yalnızlık (5 madde), sanal paylaşım (7 madde) olarak adlandırılmıştır. Sanal sosyalleşme gerçek yaşamda “uygun” sosyalleşme durumunun sanal ortamlardaki iletişim ve etkileşimini yansıtmaktadır. Sanal paylaşım sanal ortamda kişilerarası iletişimde her türlü bilgi, resim, müzik, görüş, ideoloji vb. gibi paylaşım faaliyetlerini, sanal yalnızlık sanal ortamlarda birey olarak var olan ancak başkaları ile etkileşime girmeye ve bir şeyler paylaşmaya pek yanaşmayan, istemese de zaman zaman yanlış anlaşılma yaşayanların durumunu ifade etmektedir. Alt boyutlardaki puan yükseldikçe sırayla sanal sosyalleşme düzeyinin yükseldiğini, sanal paylaşım açıklığının yükseldiğini, bireyin sanal ortamda yalnızlık düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0.81 bulunmuştur.<sup>18</sup> Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0.86 arasında bulundu.

### Verilerin Toplanması

Veriler çalışma grubundan ön test, son olmak üzere iki kez toplandı. Çalışmaya katılan öğrenciler araştırma ile ilgili bilgilendirildikten sonra ön testler (Kişisel bilgi formu, KİTÖ, SOYÖ) uygulandı. Son test (KİTÖ, SOYÖ) ise eğitim programı tamamlandıktan bir hafta sonra yapıldı. Veri toplama formları araştırma ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra araştırmacı tarafından öğrencilere dağıtıldı ve toplandı.

### Eğitim programının uygulanması:

İletişim becerileri eğitim programı hazırlanırken literatürde konu ile ilgili yapılmış çalışmalar<sup>4,12,19-22</sup> incelendi, eğitim planının hedeflerinin bilişsel, duyuşsal ve davranışsal alanların hepsini kapsayacak şekilde olmasına dikkat edildi. İletişim becerileri, kişilerarası ilişkiler konularına yönelik çalışmaları olan kişilerden görüşleri alındı. Alınan görüşler doğrultusunda eğitim programına son şekli verildi. Eğitim oturumları 10 hafta süresince haftada bir gün 1,5 saat olarak uygulandı. Oturumlarda sunum, rol canlandırma, grup tartışması yöntemleri kullanıldı. İletişim becerileri eğitiminin içeriği Tablo 1’de verildi.

Tablo 1. Oturumlara göre iletişim becerileri eğitiminin içeriği

Oturum	Konu
1. Oturum	İletişim (tanımı, amacı, öğeleri, çeşitleri, süreci)
2. Oturum	İletişimi etkileyen etmenler (fiziksel, psikolojik, sosyo-kültürel)
3. Oturum	İletişimi engelleri (psikolojik, algısal, duyuşsal, kişisel, dilsel, davranışsal)
4. Oturum	Etkin iletişim teknikleri (kendini tanıma, doğru ifade etme, ben dili)
5. Oturum	Etkin iletişim teknikleri (beden dili, iletişim mesafeleri, aktif dinleme)
6. Oturum	Etkin iletişim teknikleri (atılğanlık, empati, saygı, içtenlik)
7. Oturum	Farklı yaş bireylerle (çocuk, yaşlı) iletişim
8. Oturum	Farklı ortamlarda iletişim (ailede, okulda, iş yerinde, diğer ortamlarda)
9. Oturum	Sanal ortamlarda iletişim
10. Oturum	Çatışma ve öfke yönetimi

**Verilerin değerlendirilmesi:** Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistikler ve iki eş arasındaki farkın önemlilik testi kullanılarak değerlendirildi ve önemlilik düzeyi  $p < 0.05$  kabul edildi.

#### Araştırmanın etik yönü:

Araştırmanın yapıldığı üniversitenin yönetiminden yazılı izin ve ilgili üniversitenin tıp fakültesi etik kurulundan etik onay alındı (etik kurul onay:2016/47/03/11). Ayrıca öğrenciler çalışma hakkında bilgilendirilerek sözel onamları alındı.

#### Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin bireysel özellikleri incelendiğinde yaş ortalamalarının  $19.15 \pm 1.46$  olduğu, %78.9'unun kadın ve %47.9'unun bir kardeşi olduğu belirlendi. Öğrencilerin %53.5'inin devlet yurdunda kaldığı, %78.9'unun birkaç samimi arkadaşının olduğu bulundu. Öğrencilerin günlük sanal iletişim aracı kullanım saatinin  $4.52 \pm 3.25$  olduğu, %67.6'sının yüz yüze ilişkilerde tanıdıkları ile sanal iletişim kurdukları ve %83.1'inin sanal iletişimde gerçek bilgi paylaşımında bulunduğu belirlendi (Tablo 2).

Öğrencilerin iletişim becerileri eğitimi öncesi ve sonrası kişilerarası ilişki tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3'te verildi. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası besleyici alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ( $p=0.001$ ), ketleyici alt boyut puan ortalamaları

arasında fark olmakla birlikte bu farkın anlamlı olmadığı ( $p= 0.325$ ) bulundu. Öğrencilerin iletişim becerileri eğitimi öncesi ve sonrası sanal ortam yalnızlık ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4'te verildi. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası sanal paylaşım alt boyut puan ortalamaları ( $p=0.856$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, sanal sosyalleşme ( $p=0.012$ ) ve sanal yalnızlık alt boyut puan ortalamaları ( $p=0.045$ ) arasında anlamlı fark olduğu bulundu.

#### Tartışma

Hemşirelik öğrencilerinin günlük yaşantısında çevresindeki bireylerle ilişkilerini sürdürürken olduğu kadar, bakım verdiği bireyi anlaması ve yardım edebilmesi için de iletişim becerileri gereklidir. Bu nedenle öğrencilerinin öğrenim süreleri içinde bu becerilerini geliştirecek eğitim almaları önemlidir. Öğrencilerin sahip olduğu iletişim ve kişilerarası ilişki becerilerinin ne düzeyde olduğunun değerlendirilmesi, kendilerini daha iyi geliştirmeleri ve eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi açısından gereklidir.<sup>14</sup> Literatürde hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerilerinin değerlendirmeye dayalı tüm sınıfların dahil edildiği çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmalarda öğrencilerin iletişim becerilerinin orta ve orta düzeyin üzerinde olduğu bildirilmektedir.<sup>14,23,24</sup> Başar ve arkadaşları<sup>25</sup> hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerilerini kişilerarası ilişki boyutları bağlamında değerlendirdiği çalışmasında, öğrencilerin ilişkilerinde başkalarına olan

Tablo 2. Öğrencilerin bireysel özellikleri (n=71)

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	56	78.9
	Erkek	15	21.1
Kiminle yaşadığı	Aile ile	24	33.8
	Arkadaş ile	9	12.7
	Yurtta	38	53.5
Kardeş sayısı	Tek çocuk	4	5.6
	İki kardeş	34	47.9
	Üç ve daha fazla	33	46.5
Kişilerarası ilişkilerini tanımlama	Birkaç samimi arkadaşım var	56	78.9
	Samimi olmadığım ama vakit geçirdiğim arkadaşlarım var	4	5.6
	Çevremde çok kişi var hiç yalnız kalmam	11	15.5
Sanal iletişim araçları ile iletişim kurulan kişiler	Yüz yüze iletişimde tanıdıklarım	48	67.6
	Tanıyıp tanımadığım herkes	23	32.4
Sanal iletişimde paylaşılan bilgi	Gerçekleri paylaşıyorum	59	83.1
	Gerçek olmayan bilgi veririm	12	16.9
Değişkenler	Ort±Ss	Min.	Maks.
Yaş	19.15±1.46	18	27
Günlük sanal iletişim aracı kullanım süresi (saat)	4.52±3.25	1	14

Ort±Ss: Ortalama, standart sapma, Min. Maks.:minimum, maksimum

bağımlılık düzeyleri orta düzeyde, empati becerileri ortanın altında, duygu farkındalık ve başkalarına güven düzeylerinin iyi bulunduğunu söylemiştir. İkinci ve arkadaşları<sup>13</sup> hemşirelik öğrencilerinin kişilerarası ilişki tarzlarını incelediği çalışmalarında öğrencilerin besleyici ilişki tarzı puanlarının bu çalışmada öğrencilerin aldığı ön test puanlarıyla benzer olduğunu, ketleyici ilişki tarzı puanlarının ise biraz daha düşük olduğunu belirlemiştir. Mevcut çalışmanın henüz iletişim ve kişilerarası ilişki becerileri eğitimi almamış

birinci sınıf öğrencileriyle yürütülmesi, İkinci ve arkadaşlarının<sup>13</sup> çalışmasının ise tüm sınıfları içermesi nedeniyle öğrencilerin ilerleyen sınıflarda kişilerarası ve iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik dersler almalarının olumsuz davranışlarını değiştirmeye katkı sağladığı düşünülmüştür.

Arifoğlu ve Razi<sup>26</sup> birinci sınıf hemşirelik öğrencileriyle yaptığı tanımlayıcı çalışmada öğrencilerin iletişim beceri düzeyleri ile iletişim dersi akademik başarı puanları arasında ilişkiyi değerlendirmiştir

Tablo 3. Öğrencilerin iletişim becerileri eğitimi öncesi ve sonrası kişilerarası ilişki tarzı ölçeği (KİTÖ) alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Ön-test Ort±Ss	Son-test Ort±Ss	İstatistik Z	P
Besleyici	30.28±4.92	34.89±6.88	-3.618	0.001
Ketleyici	15.04±8.72	12.91±5.34	-0.985	0.325

Ort±Ss: Ortalama, standart sapma ; Z= İki eş arasındaki farkın önemlilik testi

Öğrencilerin iletişim becerilerini iyi bulmakla birlikte, beceri düzeyinin ders başarısı ile ilişkili olmadığı ve dersin beceri kazandırmada yeterince etkili olmadığı sonucuna varmıştır. Literatürde hemşirelik öğrencilerinin iletişim

becerilerini geliştirmeye dayalı araştırma yöntemi, eğitim içerikleri ve eğitim yöntemleri farklı girişimsel çalışmaların yapıldığı da görülmektedir. Bu çalışmaların bazılarında olumlu yönde anlamlı

Tablo 4. Öğrencilerin iletişim becerileri eğitimi öncesi ve sonrası SOYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Ön-test	Son-test	İstatistik	
	Ort±Ss	Ort± Ss	Z	p
Sanal sosyalleşme	26.71±6.13	24.63±6.47	-2.499	0.012
Sanal paylaşım	14.78±3.81	15.16±6.93	-0.181	0.856
Sanal yalnızlık	17.47±3.81	16.28±4.37	-2.007	0.045

Ort±Ss: Ortalama, standart sapma, z; İki eş arasındaki farkın önemlilik testi

değişimler bulunurken,<sup>27,28,29</sup> bazılarında aynı etkinin görülmediği<sup>30,31</sup> anlaşılmaktadır. Hemşirelik öğrencilerine uygulanan iletişim becerileri eğitimlerini inceleyen bir sistematik derlemede öğrenci merkezli aktif öğrenme yöntemlerini kullanmayan çalışmalarda sonuçların istenilen düzeyde olmadığı belirtilmektedir.<sup>20</sup> İletişim becerilerini geliştirmek için etkileşim grubu, rol canlandırma, simülasyon ve senaryolara dayalı video uygulamalarının kullanıldığı çalışmalarda öğrencilerin iletişim becerilerinde anlamlı düzeyde artış olduğu belirtilmiştir.<sup>11,21,32</sup> Öğrencilerin iletişim becerilerini geliştirmek için geleneksel anlatım tekniği yerine problem odaklı öğrenme tekniklerinin kullanılması, öğrenciye iletişim sorunlarını konu alan senaryolar yazdırılması, rol canlandırma etkinlikleri, vaka çalışması, grup tartışmaları yapılması ve öğrencinin uygulama alanlarında aktif iletişimi deneyimlemesi önerilmektedir.<sup>3,12,16</sup> Bu çalışmada kalabalık bir öğrenci grubuna 10 haftalık iletişim becerileri eğitimi verilmiş, eğitim sürecinde eğitmenin daha aktif olduğu, teorik anlatımın da kullanıldığı ve aynı zamanda rol canlandırma ve tartışma tekniklerine de yer verilen bir yaklaşım sergilenmiş ancak öğrenilenlerin sınıf dışı alanda deneyimlerini sağlayacak bir ortam oluşturulamamıştır. Çalışma sonunda öğrencilerin kişilerarası ilişki tarzları incelendiğinde eğitimin öğrencilerin kişilerarası ilişki becerilerinde olumlu bir değişiklik yarattığı söylenebilir. Bu durum besleyici ilişki tarzında öne çıkmakta olup, olumsuz olarak değerlendirilen ketleyici ilişki tarzında istenilen düzeyde olmamıştır. Öğrencilerin istedik kişilerarası ilişki davranışları geliştirilirken, istenmeyen davranışlarını fark etmeleri ve

düzeltilmelerine de önem verilmesi gerektiği görülmektedir.

Literatürde hemşirelik öğrencilerine uygulanan farklı eğitim programlarının daha ziyade iletişim becerileri üzerindeki etkinliği değerlendirildiği görülmektedir.<sup>11,32,33</sup> İletişim becerilerinin kişilerarası ilişki tarzlarının önemli yordayıcılarından biri olduğu söylenmesine rağmen<sup>34</sup> iletişim becerileri eğitiminin kişilerarası ilişkiler üzerine etkinliğini değerlendiren tek bir çalışmaya rastlanmıştır. İlgili çalışmada sekiz kişilik dört ayrı gruptan oluşan hemşirelik öğrencilerine iki tam gün rol canlandırma, geri bildirim, grup tartışması, didaktik oyunları içeren aktif öğrenme metotlarına dayalı öğrenci merkezli iletişim kurs ve atölye çalışması uygulanmıştır. Kurs sonunda öğrencilerin iletişim becerisi ve kişilerarası ilişkilerinde olumlu gelişmeler gösterdikleri belirtilmiştir.<sup>21</sup>

Kişilerarası iletişim becerileri günümüz gençliği için sadece yüz yüze ilişkilerde değil, sosyal ağları yaygın olarak kullanmaları nedeniyle sanal iletişim açısından da önemlidir. Çalışmalarda gençlerin büyük çoğunluğunun günlük ortalama üç saatini sosyal ağlarda iletişim kurarak harcadığı bildirilmektedir.<sup>4,35,36</sup> Bu çalışmada da öğrencilerin ortalama dört saat sosyal ağlarda vakit geçirdiğinin belirlenmesi literatürle benzerdir. Sanal iletişim ağlarının bireysel ilişkilerin daha demokratik, paylaşımcı şekilde yapılabilmesi açısından olumlu etkisi olmakla birlikte, gerçek yaşamdaki gibi her yönüyle ideal ilişkilerin kurulamadığı da açıktır.<sup>4</sup> Bugay ve Owen<sup>37</sup> bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanma yoğunluğu arttıkça yüz yüze iletişim becerilerinin azaldığını, Duran ve Özkul<sup>4</sup> yüz yüze ilişkilerde zorluk çekenlerin sanal ortamda daha rahat ilişki kurduğunu

belirtmektedir. Buna karşılık hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada sosyal ağları etkileşim amaçlı kullanma ile yüz yüze ilişkilerde davranışsal iletişim becerileri arasında pozitif ilişki olduğu görülmüştür.<sup>36</sup>

Bu çalışmada öğrencilere uygulanan iletişim becerileri eğitiminin bir haftasında sanal iletişim konusu ele alındı ve dikkat edilmesi gerekenlere yönelik bilgiler paylaşıldı. Eğitim sonrasında öğrencilerin sanal ortam sosyalleşme düzeyleri anlamlı düzeyde azaldı. Öğrenciler kişiler arası ilişki düzeylerinde anlamlı artış olmasıyla sanal ortamda sosyalleşmeye daha az ihtiyaç duymuş ve gerçek ilişkiler kurmayı tercih etmiş olabilir. Özellikle besleyici ilişki tarzlarında artış olması bu durumun bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Ayrıca gerçek yaşamda uygun sosyalleşme düzeyine ulaşmış olabilirler. Ketleyici ilişki tarzı puanının azalması da bunun bir göstergesi olarak düşünülebilir. Bu durumda kişiler arası etkileşimde olumlu gelişme olduğu sonucuna varılabilir. Eğitim sonrasında öğrencilerin sanal ortam yalnızlık düzeyinde anlamlı azalma olması ile öğrencilerin kişiler arası ilişki düzeyi artışıyla sanal ortamda da kendini gösterme, paylaşım, etkileşime girme cesareti kazanmış olabileceği ve sanal ortamlarda kendini yalnız hissetmediği söylenebilir. Bu bulguların dışında eğitim sonrasında öğrencilerin sanal ortam paylaşım düzeyinde artış olmasına rağmen fark anlamlı bulunmadı. Elde edilen bulgular bir arada ele alındığında sosyal ortamlarda kendine doyurucu ilişkiler bulamayan bireylerin sanal ortamlardaki paylaşımları ile sosyalleşmeye çalıştıkları düşünülebilir. Besleyici kişiler arası ilişki düzeylerinde düzelme oldukça bireylerin sanal ortamlara yönelme ihtiyaçlarının azalacağı ileri sürülebilir. Literatürde iletişim becerileri eğitiminin sanal iletişimdeki etkinliğini değerlendiren çalışmalara rastlanılmadı. Dijital yerli, y nesli, milenyum çağı vb. isimlerle anılan ve önemli zamanını sanal ilişkilere ayıran günümüz genç neslinin sadece yüz yüze ilişkilerde değil, sanal ortamlarda da ilişkilerinin değerlendirilmesi, geliştirilmesi ve bu ortamda bilgi, beceri, tutum kazanmalarına yönelik ortam oluşturulmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir.<sup>4,18,35,36</sup>

#### **Araştırmanın Sınırlılıkları:**

Bu çalışmada eğitim oturumlarına katılan öğrenci sayısının kalabalık olması nedeniyle her öğrencinin eğitime aktif katılımı sağlanamadı.

Ayrıca öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası kişiler arası beceri düzeyleri öğrencilerin öz bildirim ölçeklerine verdikleri yanıtlar üzerinden yapıldı. Öğrencilerin eğitime ilişkin görüşleri ya da iletişim tekniklerini kullanma becerileri değerlendirilmedi. Bu konuya değinen çalışmalarda iletişim becerileri eğitimi alan öğrenciler aldıkları eğitimden memnun olduklarını, iletişim becerilerinde gelişme sağladıklarını, iletişim konusunda kendilerine daha fazla güvenmeye başladıklarını belirtmelerine rağmen, öğrencilerin iletişim becerilerini uygulama kapsamlı testlerde gösteremedikleri görülmüştür.<sup>11,38</sup> Bu nedenle yapılacak çalışmalarda öğrencinin bilgisini uygulamaya yansıtma düzeyini değerlendirmek de gerekmektedir.

#### **Sonuç ve Öneriler**

Hemşirelik öğrencilerine verilen iletişim becerileri eğitimi öğrencilerin KİTÖ besleyici ilişki tarzlarında anlamlı puan artışı sağladı. Ayrıca iletişim becerileri eğitimi ile öğrencilerin sanal sosyalleşmeleri anlamlı düzeyde azaltıldı. Çalışma sonunda öğrencilerin yüz yüze ve sanal kişiler arası ilişki becerilerinde olumlu yönde gelişme olduğu ancak bunun çok yüksek düzeyde olmadığı anlaşıldı. Bu doğrultuda daha az sayıdaki küçük gruplarla yürütülecek çalışmaların yapılması, eğitimde öğrencilerin daha aktif rol olması ve birebir etkileşim örneğinde deneyim sağlaması, değerlendirilmelerin uygulamaya dayalı ve dışarıdan gözlemler ile yapılması, izlem değerlendirilmeleri önerilebilir.

#### **Kaynaklar**

1. Üstün B, Akgün E, Partlak N. Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi. İzmir: Okullar Yayınevi; 2005. p.1-5.
2. Özcan A. Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2006. p.1-9
3. Bingöl G, Demir A. Amasya sağlık yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri. [Communication skills of students of Amasya medical vocational school]. Göztepe Tıp Dergisi 2011; 26(4):152-159.
4. Duran Okur H, Özkul M. Modern iletişimin arayüzü: Sanal iletişim sosyal paylaşım sitelerinin toplumsal ilişki kurma biçimlerine etkisi (facebook örneği) [An interface of the modern communication: The virtual communication impact to forms creating social relationship of social

- network sites (the example of facebook)]. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi [Journal of Süleyman Demirel University Institute of Social Sciences] 2015; 1(21): 213-246.
5. Armağan A. Gençlerin sanal alanı kullanım tercihleri ve kendilerini sunum taktikleri. Bir araştırma [Utilisation preferences of virtual field and self presentation tactics of youth: an investigation]. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi [The Journal of International Social Research] 2013; 6(27): 78-92.
  6. Özen Ü. Yalnızlık olgusu ve sanal sohbetin yalnızlığın paylaşımına etkisi: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2009;23(4): 15-25.
  7. Yıldız Kakırman A. Sosyal paylaşım sitelerinin dijital yerlilerin bilgi edinme ve mahremiyet anlayışlarına etkisi. [The effect of social networking sites on understanding of information and privacy of digital natives]. Bilgi Dünyası 2012;13(2):529-542.
  8. Yalçın N, Aştı T. Hemşire-Hasta Etkileşimi [Nurse-Patient Interaction]. İ.U.F.N. Hem. Derg. 2011;19(1):54-59.
  9. Xie J, Ding S, Wang C, Liu A. An evaluation of nursing students' communication ability during practical clinical training. Nurse Educ Today 2013;33:823-827.
  10. Kumcağız H, Yılmaz M, Balcı Çelik S, Aydın Avcı İ. Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği [Communication skills of nurses: Samsun sample]. Dicle Tıp Derg [Dicle Med J];38(1):49-56.
  11. Mullan BA, Kothe EJ. Evaluating a nursing communication skills training course: The relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. Nurse Education in Practice 2010; 10: 374-378.
  12. Şahin Altun Ö, Ekinci M. Çatışma Çözümü Eğitiminin Hemşirelik Öğrencilerinin Çatışma Çözüm Becerisine Etkisi [The Effect of Conflict Resolution Training on the Conflict Resolution Skills of Nursing Students]. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi [Journal of Psychiatric Nursing] 2015; 6(3):105-113.
  13. Ekinci E, Güngörmüş K, Topçu G, Kerek E. Hemşirelik Öğrencilerinin Kişilerarası İlişki Düzeylerinin Belirlenmesi [Determination of interpersonal relationship level of Nursing Students]. Bozok Tıp Dergisi 2012; 3:33-38.
  14. Kıssal A, Kaya M, Koç M. 1 Hemşirelik ile Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Beceri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi [Evaluation of the communication skills of nursing and physical education and sports students' and the its affecting factors]. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 3:134-141.
  15. Öztürk H, Çilingir T, Şenel P. Communication problems experienced by nursing students in clinics. Social and Behavioral Sciences. 2013; 93:2227-2232.
  16. Acar G, Buldukoğlu K. Student Difficulties Communicating with Patients and Their Perceptions of the Characteristics of Difficult Patients. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi [Journal of Psychiatric Nursing] 2016;7(1):7-12.
  17. Şahin NH, Durak A, Yasak Y. Kişilerarası İlişkiler Ölçeği: Psikometrik Özellikleri. VIII. Ulusal Psikoloji Kongresi, İzmir 1994. 21-23 Eylül.
  18. Korkmaz Ö, Usta E, Kurt İ. Sanal Ortam Yalnızlık Ölçeği (SOYÖ) Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması [A Validity and Reliability Study of the Virtual Environment Loneliness Scale (VELS)]. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi [H. U. Journal of Education] 2014; 29(2): 144-159.
  19. Lane C, Rollnick S. The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. Patient Educ Couns 2007;67 (1-2):13-20.
  20. Grant MS, Jenkins LS. Communication education for pre-licensure nursing students: Literature review 2002-2013. Nurse Educ Today 2014; 34:1375-1381.
  21. Lau Y, Wang W. Development and evaluation of a learner-centered training course on communication skills for baccalaureate nursing students. Nurse Educ Today 2013; 33(12): 1617-1623.
  22. Başer Z, Başer D, Demirkaya Pn. Kişiler Arası İletişim Engelleri Ölçeği Geliştirme [Developing a Scale on Obstacles in Interpersonal Communication]. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi 2016; 43: 290-303.

23. Kaş Güner C, Akın S. Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerileri ve İletişim Becerileri ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi [Evaluation of Nursing Students' Communication Skills and Associated Factors with Their Communication Skills]. Sağlık ve Toplum 2016; 26(2):47-60.
24. Kahyaoğlu Süt H, Demir NG, Özer B. Klinik uygulamaya çıkan öğrenci hemşirelerin iletişim becerileri ve etkileyen faktörler [Communication Skills and Affecting Factors of Nursing Student Participating to Clinical Practice]. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi [Journal of Health Science and Profession] 2015; 2(2), 167-177
25. Başar G, Akın S, Durna Z. Hemşirelerde ve hemşirelik öğrencilerinde problem çözme ve iletişim becerilerinin değerlendirilmesi [Evaluation of nurses' and nursing students' problem solving skills and communication skills]. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / [Gümüşhane University Journal of Health Sciences] 2015; 4(1) 125- 147.
26. Arifoğlu B, Sala Razi G. Birinci Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Empati ve İletişim Becerileriyle İletişim Yönetimi Dersi Akademik Başarı Puanı Arasındaki İlişki [Management Course Academic Achievement Averages of first class nursing students] DEUHYOED 2011;4(1): 7-11
27. Baghcheghi N, Koohestani HR, Rezaei K. A comparison of the cooperative learning and traditional learning methods in theory classes on nursing students' communication skill with patients at clinical settings. Nurse Educ Today 2011;31(8):877-882.
28. Zavertrnik JE, Huff TA, Munro CL. Innovative approach to teaching communication skills to nursing students. J Nurs Educ 2010;49(2):65-71.
29. Yoo MS, Chae SM. Effects of peer review on communication skills and learning motivation among nursing students. J Nurs Educ 2011;50(4):230-233.
30. Schlegel C, Woermann U, Shaha M, Rethans JJ, Van der Vleuten C. Effects of communication training on real practice performance: a role-play module versus a standardized patient module. J Nurs Educ 2012; 51(1):16-22.
31. Becker KL, Rose LE, Berg JB, Park H, Shatzer JH. 2006. The teaching effectiveness of standardized patients. J Nurs Educ 2006; 45(4):103-111.
32. Choi Y, Song E, Oh E. Effects of Teaching Communication Skills Using a Video Clip on a Smart Phone on Communication Competence and Emotional Intelligence in Nursing Students. Archives of Psychiatric Nursing 2015;29:90-95.
33. Bek H, Akhunlar Turgut MN. The Effect of Communication Skills Training on the Communication and Self-Disclosure Skill Levels of Students at Uşak University. Literatür Sempozyum 2015; 8:47-52.
34. Erözkan A. Lise Öğrencilerinde Kişilerarası İlişki Tarzlarının Yordayıcıları [The Predictors Of Interpersonal Relationship Styles In High School Students]. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2009;21:543-551.
35. Akıncı Vural ZB, Bat M. Yeni bir iletişim ortamı olarak sosyal medya: Ege Üniversitesi İletişim Fakültesine yönelik bir araştırma [Social media as a new communication environment: a research on Ege University Faculty Of Communication] Journal of Yasar University 2010;20(5): 3348-3382.
36. Kaya H, Turan N, Hasanoğlu Ö, Güre Ö, Arslanova E, Elmas G. Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Sosyal Ağ Sitelerini Kullanma Amacı ile İletişim Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Examination of the Relationship Between the Purpose of Nursing Students for Using Social Network Sites and Their Communication Skills]. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi 2015; 40:16-31.
37. Bugay A, Korkut Owen F. İletişim Becerilerinin Yordayıcıları: Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin Kullanımı, Benlik Saygısı, Dışa Dönüklük ve Cinsiyet [Predictors of Communication Skills: Information and Communications Technology Usage, Self-Esteem, Extraversion and Gender]. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi [Mersin University Journal of the Faculty of Education] 2016; 12(2):542-554.
38. Chant S, Jenkinson T, Randle J, Russell G. Communication skills:some problems in nursing education and practice. Journal of Clinical Nursing 2002;11(1):12





**X ve Y Kuşağı: Hemşirelerde Meslek Dayanışması İle İş Doymu Arasındaki İlişki****X and Y Generation: The Relationship Between Nurses 'Professional Solidarity and Job Satisfaction****Fatma KARASU<sup>a</sup>**, **Rukuye AYLAZ<sup>b</sup>**, **Semih DADÜK<sup>c</sup>**

**ÖZET Amaç:** Bu araştırma, X ve Y kuşağındaki hemşirelerin meslek dayanışması ile iş doymu arasındaki ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Kesitsel nitelikteki araştırmanın evrenini devlet hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmuş, örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tamamı örnekleme dahil edilmiş ve 01.02.2017-01.03.2017 tarihleri arasında çalışmayı kabul eden toplamda 145 hemşireye ulaşılmıştır. Veri toplama formunda, hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, Hemşirelerde Meslektaş Dayanışması Ölçeği ve Minnesota İş Doymu Ölçeği yer almaktadır. Araştırmanın yapılacağı kurumdan, hemşirelerin sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Veriler SPSS 18.0 programı ile değerlendirilmiş ve analizler sayı, yüzdelik ve ortalama, Cronbach-Alpha analizi, independent student t, Pearson's korelasyon testi uygulanmıştır. Tüm analizler için yanılma düzeyi 0.05 olarak belirlenmiştir. **Bulgular:** Y kuşağı hemşirelerin, meslek dayanışma ölçeği toplam puan ortalamaları X kuşağına göre daha yüksek bulunmuş ancak X ve Y kuşağı arasında meslek dayanışma açısından istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). X kuşağı hemşirelerin iş doymu ölçeği puan ortalaması Y kuşağı hemşirelerden daha yüksek bulunmuş ve X ve Y kuşağı arasında iş doymu açısından istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). **Sonuç:** Araştırmaya katılan Y kuşağı hemşirelerin meslek dayanışma ölçeği ortalamasının X kuşağından; X kuşağı hemşirelerin iş doymu ölçeği puan ortalaması Y kuşağından daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada, hemşireler arasında meslek dayanışması arttıkça iş doymununun da arttığı saptanmıştır. Çalışan hemşirelerin meslek dayanışmalarını ve iş doymunu artırılabilirlik için kuşak farklılıkları da göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelime:** Hemşirelik; X ve Y kuşağı; Kuşaklararası.

**ABSTRACT Aim:** This study was conducted to determine the relationship between professional solidarity and job satisfaction of nurses in the X and Y generation. **Materials and Methods:** Nurses working in the Kilis State Hospital constituted the universe of the cross-sectional study. All of the universe was included in the sampling without selecting the sample and 145 nurses who accepted to work between 01.02.2017 - 01.03.2017 were reached. In the data collection form, socio-demographic characteristics of the nurses, the Coworker's Solidarity Scale in Nurses and the Minnesota Job Satisfaction Scale are included. The verbal and written approvals of the nurses have been obtained from the institution to be conducted. The data were evaluated with SPSS 18.0 program and the analyzes were performed by number, percentage and mean, Cronbach Alpha analysis, independent student t, Pearson's correlation test. For all analyzes the level of error was set at 0.05. **Results:** Total point average of occupational solidarity scale of Y generation nurses was found to be higher than that of X axis, but there was not statistically significant difference in terms of occupational solidarity of X and Y generation ( $p > 0.05$ ). The job satisfaction scale score of the X generation nurses was found to be higher than the Y generation nurses and a statistically significant difference was found between the X and Y generation job satisfactions ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** From the X of the average of the occupational solidarity scale of the Y generation nurses participating in the survey; The score of the job satisfaction scale of the X generation nurses was found to be higher than the Y curve. In this study, occupational solidarity among nurses was found to increase. Occupational solidarity of working nurses and job satisfaction should be considered in generation differences.

**KeyWords:** Nursing; X and Y generation; Intergenerational.

**Giriş**

Kuşak kavramı; yaklaşık olarak 25-30 yıllık yaş kümelerini oluşturan bireyler öbeği olarak tanımlanmakta olup, nesil ve jenerasyon keli-

meleri ile de ifade edilebilmektedir. Türk Dil Kurumu'nun felsefe terimleri sözlüğünde; aşağı yukarı aynı yıllarda doğmuş olup, aynı çağın

Geliş Tarihi/Received: 09-03-2017 / Kabul Tarihi/Accepted:19-09-2017

<sup>a</sup> Kilis 7 Aralık Üniversitesi/ Sağlık Yüksekokulu/Hemşirelik Bölümü/ Öğretim Görevlisi

Adres: Kilis, Tel: 0541 741 60 33e-mail: [fatma.gecici@hotmail.com](mailto:fatma.gecici@hotmail.com); ORCID ID: 0000-0002-1979-781X

<sup>b</sup> İnönü Üniversitesi/Sağlık Bilimler Fakültesi/Öğretim Üyesi, Adres: Malatya, e-mail:

[rukuye.aylaz@inonu.edu.tr](mailto:rukuye.aylaz@inonu.edu.tr); ORCID ID: 0000-0002-7347-0981

<sup>c</sup> Kilis 7 Aralık Üniversitesi/ Sağlık Yüksekokulu/Hemşirelik Bölümü Öğrencisi,

16. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresine Gönderilmiştir.

**Sorumlu yazar /Correspondence:**Fatma Karasu, [fatma.gecici@hotmail.com](mailto:fatma.gecici@hotmail.com)

koşullarını, dolayısıyla birbirine benzer sıkıntıları, yazgıları yaşamış, benzer ödevlerle yükümlü olmuş kişiler topluluğu olarak tanımlamaktadır.<sup>1,2</sup>

Literatürde günümüzde beş kuşağın varlığından söz edilmektedir: Sessiz/Savaş, Büyük Bebek Patlaması, X, Y/Milenyum Kuşağı'dır. *Sessiz Kuşak/Savaş Kuşağı*: 1927-1945 yılları arasında doğanlardan oluşur, babaannelerimiz ve dedelerimizin kuşaklarıdır, uyumlu bir kuşak olup Türkiye'nin %7'sini oluştururlar. *Büyük Bebek Patlaması Kuşağı*: 1946-1964 yılları arasında doğanlardan oluşur, kuralcı bir kuşak olup Türkiye'nin %19'unu oluştururlar. *X Kuşağı*: 1965-1979 yılları arasında doğanlardan oluşur, rekabetçi bir kuşak olup Türkiye'nin %22'sini oluştururlar. *Y Kuşağı*: 1980-1999 yılları arasında doğanlardan oluşur, yaratıcı bir kuşak olup Türkiye'nin %35'ini oluştururlar. Önümüzdeki 6 yıl içerisinde Y kuşağından %50'ye yakın bir büyüme beklenmektedir. *Z Kuşağı*: 2000'den sonra doğan kristal çocuklardır, derin duygusallığı içeren bir kuşak olup, Türkiye'nin %17'sini oluştururlar. Yaklaşık 5-10 yıl gibi kısa bir süre sonra da "Z Kuşağı" çalışma yaşamına katılmış olacaktır.<sup>3-5</sup>

X Kuşağı; çok stresli işlerden uzak durmaya çalışan, işi sadeleştiren ve yaşamak için yaptığı işten keyif alan kuşaktır. X kuşağı üyeleri değişen dünya koşullarına yetişebilmek için büyük bir çaba harcamaktadırlar. İş yaşamında güvenlik ve maaş gibi unsurları ön planda tutmaktadırlar.<sup>6</sup>Yapılan bir çalışmada; X Kuşağı hemşirelerinin işe karşı "uzun vadeli bağlılık" göstermediği ve "çalışma ortamından hoşlanmazsa kurumdan ayrılacağı" belirtilmektedir.<sup>7</sup> X Kuşağı hemşirelerinin hayat sloganları "güç"tür. Bu kuşak hemşireleri kendilerini zorlu, iyimser ve kendine güvenen bireyler olarak tanımlamakta ve kurumdan daha çok yöneticiye sadakat gösterdiklerini belirtmektedirler.<sup>8</sup>

Y kuşağında yer alan kişiler; özgürlüklerine düşkün, teknoloji tutkunu ve teknoloji kullanımını iyi bilen bir kuşak olarak tanımlanırlar ve işyerinde toplumun bir parçası olduklarını hissetmek istemektedirler. Örgütün stratejilerini dinlemek ve anlamak için gerçek bir çaba sarf etmektedirler ve örgütün vizyonu ile ilgili kritik bir noktada olmak ve örgütün ilerlemesi için yapılan yenilik çalışmalarının içinde olmayı seçmektedirler.<sup>6</sup> Y Kuşağı hemşireleri, işte takımlar halinde çalışmayı tercih eder ve işlerinin anlamlı olmasını, büyük

bir amaca katkıda bulunmasını isterler. Eğlenceli bir çevre, gelişmek için fırsatlar, iş projelerinde çeşitlilik, yeni beceriler öğrenme şansı ve esnek çalışma saatleri iş ortamında olması gereken en önemli niteliklerdir.<sup>9</sup> Bu kuşak hemşireleri, iş ve özel hayat arasında denge olmasını, işbirlikçi çalışmayı tercih ederlerdir.<sup>5,10</sup>

Meslektaş dayanışması, meslektaşların birbirlerine olan desteği ve mesleki anlamda bilgi, teknik ve beceri paylaşımı olarak tanımlanmaktadır.<sup>11</sup> Hemşireler, sıklıkla çalışma ortamlarında desteğe ihtiyaçları olduğunu önemle belirtirler. Bu desteğin en basta yönetim ve meslektaşlar tarafından olabileceği vurgulanmaktadır. Destek aldığını hisseden bir hemşire, kendini güçlü ve yeterli (uzman) hisseder ve kendi tanıları üzerine daha çok güvenli olurlar.<sup>12</sup> Çalışan hemşirenin iş çevresinde desteklenmesi, hastanın memnuniyetini artırmakta, kurumun memnuniyet ve işte kalma sonuçlarını da olumlu yönde etkilemektedir.<sup>13</sup>

İş doyumunu yüksek olan bireylerin fizik ve ruh sağlıkları iyi, psikosomatik hastalıkları oldukça azdır ve iş arkadaşlarıyla yardımlaşma, kişisel güven, uyum ve iş birliği yüksek düzeydedir. Kaygı ile kaygının beraberinde getireceği rahatsızlıklar azdır. Bireyler yeni görevleri hızla öğrenebilmektedir. Ayrıca iş kazaları oldukça düşüktür. Kurum içindeki iş doyumunun yüksek olması, iş görenlerin başka iş arama eğilimlerini de azaltmaktadır.<sup>14</sup> Öte yandan iş doyumsuzluğu, işe devamsızlık, kayıtsızlık, olumsuzluk, işi yavaşlatma, işten ayrılma ve benzeri gibi hizmeti olumsuz yönde etkileyen sonuçlara yol açabilmektedir.<sup>15</sup>

Hastanelerde iş gücünün en büyük parçasını hemşireler oluşturmaktadır ve hastanedeki iş çevresinin, hemşirelerin memnun olmalarını ve işe devam etmelerini etkileyen önemli bir faktör olduğu bilinmektedir.<sup>16</sup> Hemşirelerde meslektaş dayanışmasının iş doyumunu pozitif yönde etkilediği saptanmıştır.<sup>14</sup> Ülkemizde hemşirelerin iş doyumunu üzerine yapılan çalışmalarda, hemşirelerin genel iş doyum düzeyinin ortanın biraz üzerinde olduğu belirlenmiştir.<sup>17,18</sup>

Literatürde iş doyumunu yükseldikçe meslektaşların birbirine yardım etme davranışlarının da yükseldiği; bazı çalışmalarda da, iş yerinde meslektaşlardan, yöneticiden ve süpervizörden alınan desteğin, hemşirelerin iş doyumlarını olumlu yönde etkilediği; çalışma arkadaşları ile olumlu ilişkiler içinde olan

çalışanların, iş doyumunu düzeylerinin daha yüksek olduğu, aksine çalışma arkadaşları ile olumsuz ilişkiler içinde olan hemşirelerin ise iş doyumlarının daha düşük olduğu bulunmuştur.<sup>19-22</sup> Hastanelerde iş gücünün en büyük parçasını X ve Y kuşağı hemşireler oluşturmaktadır. Bu çalışma X ve Y kuşağındaki hemşirelerin meslek dayanışması ile iş doyumunu arasındaki ilişkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Kesitsel nitelikteki araştırmanın evrenini Kilis Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturmuş (201), örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tamamı örnekleme dahil edilmiş ve toplamda çalışmayı kabul eden 145 hemşireye ulaşılmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Veriler 01.02.2017-01.03.2017 tarihleri arasında toplanmıştır. *Veri toplama formu*, hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma durumu ile ilgili özelliklerini içeren toplam 13 sorudan oluşmaktadır.

*Hemşirelerde Meslektaş Dayanışması Ölçeği (HMDÖ)*: Hemşirelerin kendi aralarındaki dayanışmayı ölçmek amacıyla kullanılan HMDÖ, Uslusoy (2010) tarafından geliştirilmiştir.<sup>23</sup> Hemşirelerde Meslektaş Dayanışması Ölçeği, beşli likert tipi bir ölçek olup, 23 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin "duygusal dayanışma", "akademik dayanışma" ve "dayanışma ile ilgili olumsuz düşünceler" olmak üzere üç alt boyutu vardır. "duygusal dayanışma" alt boyutunda, meslektaşların birbirlerine karşı göstermiş oldukları duygusal yönde arkadaşlık ilişkileri (Madde 5,7,8,11,12,14,15,16,18); "akademik dayanışma" alt boyutunda, mesleki anlamda gösterilen dayanışma davranışları (Madde 1,4,9,10,13,17,20,21,22) ve "dayanışma ile ilgili olumsuz düşünceler" alt boyutunda ise dayanışma davranışına yönelik olumsuz ifadelerin (Madde 2,3,6,19,23) yer aldığı maddeler bulunmaktadır. 2, 3, 6, 19 ve 23. maddeler tersinden puanlanmıştır. Ölçekten alınan puan arttıkça hemşirelerin meslektaşları ile dayanışma gösterme düzeyleri de artmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 23, en yüksek puan ise 115'dir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olup<sup>23</sup>, bu çalışmadaki Cronbach alfa katsayısı 0.844 olarak hesaplanmıştır.

*Minnesota İş Doyumu Ölçeği (MİDÖ)*: İş doyum düzeyini belirlemek amacıyla, Dawis, Weis, England ve Lofquist tarafından geliştirilmiş olup (24), geçerlik-güvenirlilik Türkçe uyarlaması Baycan (1985) tarafından yapılmıştır. Minnesota iş doyum ölçeği, içsel ve dışsal doyum faktörlerini ortaya çıkarıcı özelliklere sahip, 20 maddeden oluşan, beşli likert tipi bir ölçme aracıdır. Ölçek puanlamasında, "hiç memnun değilim" 1 puan, "memnun değilim" 2 puan, "kararsızım" 3 puan, "memnunum" 4 puan, "çok memnunum" 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçek içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanlarını verir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100, en düşük puan 20'dir. Puanların 25 altında olması düşük iş doyumunu, 26-74 arasında olması normal iş doyumunu, 75'in üzerinde olması yüksek iş doyumunu ifade etmektedir.<sup>25</sup> Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı bu çalışma için 0.923 olarak hesaplanmıştır.

### Araştırmanın Etik Yönü

Kilis Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden gerekli izinler alındıktan sonra yapılmıştır. Katılımcılara çalışmaya katılma ya da katılmama veya istediği zaman çalışmayı bırakma hakkına sahip oldukları, bilgi vermeyi reddetme ve çalışmaya ilişkin aydınlatılmaya hakları olduğuna dair bilgi vermiş ve bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere kendilerinden alınan bilgilerin yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirileceği, başka birisi tarafından incelenmeyeceği konusunda açıklama yapılmış ve sözlü, yazılı onamları alınmıştır.

### Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 18.0 programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda ölçek puanlarının normal dağılıma uyduğu belirlendi ve parametrik testler uygulandı. Analizlerde sayı, yüzdelik ve ortalama, iç tutarlık analizi (Cronbach Alpha), independent student t, Pearson's korelasyon testi uygulanmıştır. Tüm analizler için yanılma düzeyi 0.05 olarak belirlenmiştir. "Bu değerden küçük ya da eşit "p" değerleri için istatistiksel olarak anlamlı, büyük değerler için istatistiksel olarak anlamlı değildir yorumu yapılmıştır".

Tablo 1: X ve Y kuşağı hemşirelerin demografik özellikleri dağılımı

		X kuşağı		Y kuşağı		Toplam		
Değişkenler		N	%	N	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	22	81.5	83	70.3	105	72.4	
	Erkek	5	18.5	35	29.7	40	27.6	
Eğitim Durumu	Sağlık meslek lisesi	4	14.8	22	18.6	26	17.9	
	Ön Lisans	18	66.7	21	17.8	39	26.9	
	Lisans	5	18.5	72	61.0	77	53.1	
	Yüksek lisans			3	2.5	3	2.1	
Medeni Hali	Bekar	6	22.2	71	60.2	77	53.1	
	Evli	21	77.8	47	39.8	68	46.9	
Aile Tipi	Çekirdek	20	74.1	96	81.4	116	80.0	
	Geniş	7	25.9	22	18.6	29	20.0	
Çocuk Sayısı	Çocuğu yok	1	3.7	93	78.8	94	64.8	
	1 – 2 arası	18	66.7	23	19.5	41	28.3	
	3 ve üzeri	8	29.6	2	1.7	10	6.9	
En Uzun Yaşanılan Yer	Köy	2	7.4	9	7.6	11	7.6	
	Kasaba	5	18.5	6	5.1	11	7.6	
	Şehir	20	74.1	103	87.3	123	84.8	
Kardeş Sayısı	Kardeşi yok			3	2.5	3	2.1	
	1 - 2 arası	2	11.1	39	23.1	42	29.0	
	3 ve üzeri	24	89.9	76	64.4	100	68.9	
Kiminle Yaşıyorsunuz	Ailemle (anne, baba, kardeş v.s)	2	7.4	35	29.7	37	25.5	
	Eşim ve çocuklarımla	18	66.7	35	29.7	53	36.6	
	Arkadaşımlla			9	7.6	9	6.2	
Anne Eğitimi	Yalnız	7	25.9	39	33.1	46	31.7	
	Okuryazar değil	3	11.1	17	14.4	20	13.8	
	Okuryazar	7	25.9	12	10.2	19	13.1	
	İlkokul	11	40.7	48	40.7	59	40.7	
	Ortaokul	4	14.8	17	14.4	21	14.5	
	Lise			19	16.1	19	13.1	
Baba Eğitimi	Üniversite ve üzeri	2	7.4	5	4.2	7	4.8	
	Okuryazar değil	2	7.4	2	1.7	4	2.8	
	Okuryazar	3	11.1	6	5.1	9	6.2	
	İlkokul	15	55.6	41	34.7	56	38.6	
	Ortaokul	1	3.7	25	21.2	26	17.9	
	Lise	3	11.1	31	26.3	34	23.5	
Çalışma Yılı	Üniversite ve üzeri	3	11.1	13	11.0	16	11.0	
	5 yıldan az			83	70.3	83	57.2	
	5 yıl ve üzeri	27	100.0	35	29.7	62	42.8	
	Şuan Çalışılan Pozisyon	Yönetici Hemşire	1	3.7			1	0.7
		Eğitim Hemşiresi			2	1.7	2	1.4
		Yatak Başı/Servis Hemşiresi	19	70.4	111	94.1	130	89.7
Ameliyathane Hemşiresi		3	11.1	2	1.7	5	3.4	
Servis sorumlu Hemşiresi		4	14.8	3	2.5	7	4.8	
Şuan Çalışılan Ünite Seçimi	Kendi isteğimle seçtim	14	51.9	70	59.3	84	57.9	
	Hastane yönetiminin seçimi	13	48.1	48	40.7	61	42.1	
Şuan Çalışılan Pozisyon Yılı	Bir yıldan az			1	0.8	59	40.7	
	1 - 5 yıl arası	18	66.3	100	84.9	60	41.4	
	5 yıldan fazla	9	33.3	17	14.3	26	15.9	

### Bulgular

Hemşirelerin yaş ortalaması  $28.93 \pm 7.55$ ; %81.4'ünün Y kuşağında; %72.4'ünün kadın; %53.1'inin lisans mezunu; %53.1'inini bekar; %80.0'mın çekirdek aile; %28.3'ünün 1-2 arasında çocuğu olduğu; %84.8'inin en uzun olarak şehirde yaşadığı; %68.9'unun 3 ve üzeri kardeşe sahip; %36.6'sının eşi ve çocukları ile

yaşadığı; %40.7'sinin annesinin ve %38.6'sının babasının ilkökul mezunu olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %57.2'sinin 5 yıldan daha az bir süredir çalıştığı; %89.7'sinin yatak başı/servis hemşiresi olarak çalıştığı; %57.9'unun şuan çalıştığı üniteyi kendi istekleriyle seçtiği; %41.4'ünün şuan çalıştıkları üniteye 1-5 yıl arasında çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2: Hemşirelerin meslek dayanışması ve iş doyumu ölçeği ortalamaları

	N	Ort ± SS	Min.- Max. Puan
HMDÖ Alt Boyutları			
Duygusal Dayanışma	145	39.22±4.60	26-45
Akademik Dayanışma	145	37.33±4.15	26-45
Dayanışma İle İlgili Olumsuz Düşünceler	145	18.08±4.59	5-25
HMDÖ Toplam Puan	145	94.64±10.19	70-112
MİDÖ	145	58.60±15.21	20-87
MİDÖ Puan Değerlendirilmesi		n(%)	
Düşük iş doyumu (25 altında)		3 (2,1)	
Normal iş doyumu (26-74 arasında)		119 (82,1)	
Yüksek iş doyumunu (75'in üzerinde)		25 (15,9)	

Ort ± SS: Ortalama ve standart sapma, HMDÖ: Hemşirelerde Meslektaş Dayanışması Ölçeği, MİDÖ: Minnesota İş Doyumu Ölçeği, Min.- Max. : minimum ve maksimum puanları

Tablo 3: X ve Y kuşağı hemşirelerine göre meslek dayanışması ve iş doyumu ortalamaları karşılaştırılması

		N	Ort ± SS	İstatistik*
HMDÖ Alt Boyutları	Kuşak			
Duygusal Dayanışma	X	27	39.85±3.43	p=0.162
	Y	118	39.07±4.83	t=-0.432
Akademik Dayanışma	X	27	38.00±2.94	p=0.248
	Y	118	37.18±4.38	t=1.168
Dayanışma İle İlgili Olumsuz Düşünceler	X	27	16.77±4.99	p=0.102
	Y	118	18.38±4.46	t=-1.645
HMDÖ Toplam Puan	X	27	94.62±7.42	p=0.993
	Y	118	95.44±10.75	t=-0.007
MİDÖ	X	27	65.37±12.27	p=0.010
	Y	118	57.05±15.44	t=2.612

Ort ± SS: Ortalama ve standart sapma, HMDÖ: Hemşirelerde Meslektaş Dayanışması Ölçeği, MİDÖ: Minnesota İş Doyumu Ölçeği. \* Independent Samples Testi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin meslek dayanışma ölçeği toplam puan ortalamaları 94.64±10.19, “duygusal dayanışma” alt boyutundan aldıkları ortalama puanın 39.22±4.60, “akademik dayanışma” alt boyutundan aldıkları ortalama puanın 37.33±4.15, “dayanışma ile ilgili olumsuz düşünceler” alt boyutundan aldıkları ortalama puanın 18.08±4.59 olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin iş doyumu ölçeği puan ortalamaları 58.60±15.21 olduğu, %80.5’inin normal iş doyumuna sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Y kuşağı hemşirelerin meslek dayanışma ölçeği toplam puan ortalamaları X kuşağına göre daha yüksek bulunmuş ancak X ve Y kuşağı arasında meslek dayanışma açısından istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır (p> 0.05). X kuşağı hemşirelerin “Duygusal dayanışma” ve “Akademik

dayanışma” alt boyutunda aldıkları ortalama puanları Y kuşağı hemşirelerden daha yüksek saptanmıştır. Y kuşağı hemşirelerin “Dayanışma ile ilgili olumsuz düşünceler” alt boyutunda aldıkları ortalama puanları X kuşağı hemşirelerden daha yüksek belirlenmiştir (Tablo 3).

X kuşağı hemşirelerin iş doyumu ölçeği puan ortalaması Y kuşağı hemşirelerden daha yüksek bulunmuş ve X ve Y kuşağı iş doyumu açısından istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır (p< 0.05) (Tablo 3).

Bu çalışmada, hemşirelerde meslek dayanışması ile iş doyumu arasında pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu, meslek dayanışması arttıkça iş doyumunun da arttığı ya da iş doyumu arttıkça meslek dayanışmasının da arttığı saptanmıştır (r =0.367; p< 0.05) (Tablo 4).

Tablo 4: Hemşirelerin meslek dayanışma ölçeği ile iş doyumu ölçeği arasındaki korelasyon dağılımı (N=145)

		Duygusal Dayanışma	Akademik Dayanışma	Dayanışma İle İlgili Olumsuz Düşünceler	Toplam HMDÖ	MİDÖ
HMDÖ Alt Boyutları						
Duygusal Dayanışma	r	1				
	p					
Akademik Dayanışma	r	0.681	1			
	p	0.001*				
Dayanışma İle İlgili Olumsuz Düşünceler	r	0.348	0.094	1		
	p	0.001*	0.290*			
HMDÖ	r	0.886	0.758	0.646	1	
	p	0.001*	0.001*	0.001*		
MİDÖ	r	0.372	0.295	0.174	0.367	1
	p	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	

HMDÖ: Hemşirelerde Meslektaş Dayanışması Ölçeği, MİDÖ: Minnesota İş Doyumu Ölçeği.

\*Korelasyon anlamlılık derecesi 0.05'dir.

## Tartışma

Çalışanların bağlılık ve tatmin noktasında yüksek düzeye ulaşabilmesi, çeşitli değişkenler aracılığı ile araştırma konusu olmuştur. Ancak giderek artan kuşak değişkeni kavramının önemi, X ve Y kuşaklarının aynı organizasyonda çalışmaya başlaması ile oluşmuştur. Bu iki kuşağın farklı özellikler yansıtması, iş yaşamı ve örgütsel bağlılık açısından da değişkenlik göstermektedir.<sup>26</sup> İş yerinde nesiller arasındaki farklılıkları anlamak, farklı çalışan ihtiyaçlarını karşılamada yararlı bir ilk adımdır.<sup>27</sup>

Sağlık çalışanları içerisinde hemşirelerin birbirlerini güven içerisinde desteklemeleri ve dayanışma içerisinde olmaları, kurumu istenmeyen davranışlardan koruyarak, çalışanların tükenmişliklerini azaltmakta, yetenek ve becerilerini geliştirmekte ve etkin bir koordinasyon kurarak kurumun verimliliğini artırmaktadır.<sup>28,29</sup> Hemşireler arasında gösterilmesi beklenen meslek dayanışması ve iş doyumları, hemşirelik bakımının etkinliğini artırmada önemli bir role sahiptir.

Çalışmamızda, hemşirelerin HMDÖ'den aldıkları genel puan ortalaması 94.64±10.19 olup %50.2'sinin ortalamasının üzerinde, %49.8'inin ortalamasının altında puan aldığı saptanmıştır. Hemşirelerin "duygusal dayanışma" alt boyutundan aldıkları puan ortalaması "akademik dayanışma" alt boyutundan aldıkları puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 2). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 23, en yüksek puan ise 115 olduğundan,

hemşirelerin HMDÖ'den aldıkları puan ortalaması meslek dayanışmasının var olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada, hemşirelerin iş doyum ölçeği puan ortalamasının 58.60±15.21 olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Tilev ve Beydağ'ın Adana da yaptıkları çalışmada, hemşirelerin iş doyum düzey puan ortalamalarını 59.60±17.10 (18), Kundak ve ark.'nın Afyon'daki çalışmasında 61.91±16.08 (30), Tambağ ve ark.'nın araştırmasında 64.24±11.00 (31), Süloğlu'nun yaptığı çalışmada 64.45±12.18 olarak saptamıştır.<sup>32</sup> Yapılan çalışmalarda elde edilen iş doyum değeri, bu çalışmadaki değerden daha yüksek bulunmuştur. Bu da şuan ki Suriye savaşı, mülteci sayılarının artması, Kilis ilinin sınır bölgesinde yer alması nedeniyle artan iş yükünü akla getirmektedir.

Y kuşağı hemşirelerin HMDÖ ortalaması X kuşağına göre daha yüksek bulunmuş ancak X ve Y kuşağı meslek dayanışma açısından istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır (p> 0.05). X kuşağı "duygusal dayanışma" ve "akademik dayanışma" alt boyutunda Y kuşağına göre daha yüksek ortalamaya sahiptir. Ancak Y kuşağı hemşirelerin "dayanışma ile ilgili olumsuz düşünceler" alt boyutunda aldıkları ortalama puan X kuşağı hemşirelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Nkomo'nun yaptığı çalışmada genç yaşta işçiler olan Y kuşağının X kuşağından daha yüksek olarak örgütsel bağlılığa sahip olduğunu bulmuştur.<sup>33</sup> Khanolkar'ın yaptığı çalışmada, Y kuşağının kişisel özellikler yapısına uygun iş yerlerinde

örgütsel bağlılıklarının daha yüksek olduğunu saptamıştır.<sup>34</sup> Mahoney'in yaptığı çalışmada X ve Y kuşaklar arasında örgütsel bağlılık arasında farklılık olduğunu saptamıştır.<sup>35</sup> Koç ve ark.'nın yaptığı çalışmada X ve Y kuşaklar arasında örgütsel dayanışma bir fark saptamamıştır.<sup>36</sup> Kian ve Yusoff'un yaptığı çalışmada sonucunda; Y kuşağının X kuşağına göre örgütsel bağlılıklarının daha düşük olduğunu bulmuştur.<sup>37</sup> Literatürde X kuşağı bireyleri, değişen dünya koşullarına yetişebilmek için büyük bir çaba harcamakla birlikte, toplumsal sorunlara duyarlı, mücadeleci, küresel düşünen, işlerine bağlı ancak bireycilliği ön planda tutan tedbirli ve garantidirler. X kuşağı bireyleri takım çalışmasından çok bireysel olarak çalışmaya daha yatkındırlar ve tek başlarına çok iyi çalışırlar. Aynı zamanda özgürlüklerine düşkün ve vefalı değillerdir. Y kuşağı bireyler ise yenilikçi, kendine güvenen, ekip arkadaşlarına bağlı ve takım çalışmasına yatkın, kişisel ve mesleki gelişimde eğitim ve öğrenimin sürekliliğine inanan bir kuşak olarak nitelendirilmektedir.<sup>5,29,38,39</sup> Y kuşağı bireyler iş yerinde ekip çalışması ve topluluk duygusu sergileyen ortamlar ararlar. Güçlü bir ekip kültürüne ve düzenli ekip toplantılarına dahil olmak isterler.<sup>40</sup> X ve Y kuşağı bireyleri iş ahlaklarını farklı algılamaktadırlar.<sup>29</sup> Duygusal dayanışma ya da bağlılık meslek-taşların birbirlerine göstermiş oldukları duygusal arkadaşlık ilişkilerini ve bireylerin istedikleri için işte ya da örgütte kaldığını göstermektedir. Gürbüz'ün (öğretmenler, doktor, hemşire, hazır gıda, veri hazırlama ve kontrol işleri, tekstil ve güvenlik hizmetleri çalışanları ile) yaptığı çalışmada, X kuşağının duygusal bağlılık düzeyinin Y kuşağına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.<sup>41</sup>

X kuşağı hemşirelerin iş doyum ölçek puan ortalaması Y kuşağı hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Kuşaklar arasında iş doyumunu, X kuşağında daha yüksek saptanmıştır. Nkomo'nun yaptığı çalışmada X kuşağının Y kuşağından daha yüksek bir iş doyumuna sahip olduğunu saptamıştır.<sup>33</sup> Kian ve Yusoff'un yaptığı çalışmada X kuşağının iş tatmini Y kuşağından daha yüksek olarak bulmuştur.<sup>37</sup> Gürbüz'ün yaptığı çalışmada, X kuşağının iş tatmin düzeyinin Y kuşağına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>41</sup> X kuşağı çalışanları, iş yaşamında sadık, kanaat duyguları yüksek ve aynı işte uzun yıllar çalışmış, iş yerlerine bağlı ancak özel yaşam

dengeğini korumaya özen gösteren, otoriteye saygılı, saygın bir statüye sahip olma, başarıya yönelik ödüllendirme beklentileri olan bireyler olarak bilinirler.<sup>29,41,42</sup> X kuşağı bireyleri kariyer gelişimine çok fazla odaklanmışlardır ve gelecekteki kariyer beklentilerini artırmak için mesleki becerilerini artırma arzusuyla motive olmuşlardır.<sup>37</sup> Koç ve ark.'nın yaptığı çalışmada X ve Y kuşaklar arasında iş doyumunu açısından bir fark bulunmamıştır.<sup>36</sup> X kuşağı bireyleri, çok stresli işlerden uzak durmaya çalışan, işi sadeleştirilen ve yaşamak için yaptığı işten keyif alan bir kuşaktır. Y kuşağı bireyleri genel olarak, bağımsızlığına düşkün, işe bağlılığı düşük, iş değişikliğini doğal gören, esnek çalışmanın gerekliliğine inanan, eleştiriye kapalı, elde ettikleri gelirden çok sosyal yardımlar, esnek çalışma saatleri, yaptıklarının onaylanması, işleri ile kendilerini ifade etmek gibi faktörlerinde dahil olduğu bütünsel bir iş tatmini onlar için önemlidir.<sup>29,41,42</sup> Bu bilgiler ışığında, hemşirelerde X ve Y kuşağı özelliklerini taşımaktadırlar.

Bu çalışmada, hemşirelerde meslek dayanışması ile iş doyumunu arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, meslek dayanışması arttıkça iş doyumunun da arttığı saptanmıştır (Tablo 4). Koç ve ark.'nın yaptığı çalışmada iş tatmini ile örgütsel bağlılık arasında, istatistik açıdan pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki tespit etmiştir.<sup>36</sup> Sönmez'in yaptığı araştırmada, çalışanların yaşlarının artmasıyla birlikte, iş tatmini ve örgütsel bağlılık düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Yaş arttıkça yapılan işten duyulan genel iş tatmini de artmaktadır.<sup>43</sup> Literatürde, hemşireler arasında oluşan desteğin iş doyumunu olumlu yönde etkilediğini<sup>20,44</sup> iş doyumunu arttıkça meslektaşların birbirine yardım etme davranışlarının da arttığı<sup>19</sup> çalışma arkadaşları ile olumlu ilişkiler içinde olan bireylerin iş doyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>15,21</sup>

### Sonuç

Araştırmaya katılan hemşireler arasında meslek dayanışmasının olduğu ve duygusal dayanışmanın akademik dayanışmadan daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerden 119'u normal, 23 ise yüksek oranda iş doyumuna sahip olduğu saptanmıştır. Y kuşağı hemşirelerin HMDÖ ortalaması X kuşağına göre daha yüksek bulunmuştur. X kuşağı "duygusal dayanışma" ve "akademik dayanışma" alt boyutunda Y kuşağına göre daha yüksek ortalamaya sahipken Y kuşağı hemşirelerin



“dayanışma ile ilgili olumsuz düşünceler” alt boyutunda aldıkları ortalama puan X kuşağı hemşirelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. X kuşağı hemşirelerin iş doyumunu ölçeceği puan ortalaması Y kuşağı hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada, hemşireler arasında meslek dayanışması ile iş doyumunu ilişkili bulunmuştur.

Bu bulgular doğrultusunda, hemşirelik eğitiminde ve hizmet içi eğitimlerle meslek dayanışmalarının önemi için çalışmaların planlanması ve uygulanmasının iş doyumunu artırılabilceği ve bu planlamaları ve uygulamaları yaparken, kuşak farklılıkları ile bireylerin iş değerleri, davranış kalıplarının farklı olacağı unutulmamalıdır. Kuşaklar arası farklılıkları ortaya koyan sınırlı sayıda çalışma vardır ve hatta hemşirelik alanında yok denecek kadar azdır. Hemşirelikte kuşaklar arası farklılıkları ortaya koymak için daha geniş örneklemli bilimsel araştırmalar yapılması önerilmektedir.

#### Kaynaklar

1. TDK, Büyük Türkçe Sözlük ([http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&view=bts](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts)) Erişim Tarihi:14.12.2016
2. Sullivan SE, Forret ML, Carraher SM, Maiminero LA. “Using the kaleidoscope career model to examine generational differences in work attitudes”. Fairfield University Digital Commons, 2009;14(3):284-302.
3. Exploring the needs of early career nurses and midwives in the workplace. [https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Mind%20the%20Gap%20Report\\_0.pdf](https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Mind%20the%20Gap%20Report_0.pdf) (Erişim tarihi: 21.08.217)
4. Applebaum D, Fowler S, Fiedler N, Osinubi O, Robson M. The impact of environmental factors on nursing stress, job satisfaction, and turnover intention. JONA 2010;40(7/8):323-328.
5. Yılmaz K. Hemşireliği gelecekte nasıl bir nesil bekliyor? Acıbadem Hemşirelik e-dergisi 2013;62: 1-7. <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/62/docs/makale2-62.pdf>
6. Adıgüzel O, Batur Z, Ekşili N. “Kuşakların değişen yüzü ve y kuşağı ile ortaya çıkan yeni çalışma tarzı: mobil yakalılar”. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2014;19:165-182.
7. Swearingen S. Nursing leadership characteristics: effect on nursing job satisfaction and retention of baby boomer and generation x. University of Central Florida for the degree of Doctor of Philosophy, 2004.
8. Hu J, Herrick C, Hodgin K. Managing the multigenerational nursing team. The Health CareManager, 2004; 23(4):334-340.
9. Carver L, Candela L. Attaining organizational commitment across different generations of nurses. Journal of Nursing Management, 2008; 16: 984- 991.
10. Duchscher JEB, Cowin L. Multigenerational nurses in the workplace. JONA 2004;34(11):493-501.
11. Çoban AE. Psikolojik danışmanlar için meslektaş dayanışması. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2005;1(1):167-174.
12. Hagbaghery MA, Salsali M, Ahmadi F. A qualitative study of Iranian nurses’ understanding and experiences of professional power. Human Resources for Health 2004;2(9):1-14.
13. Lacey SR, Teasley SL, Henion JS, Cox KS, Bonura A, Brown J. Enhancing the work environment of staff nurses using targeted interventions of support. JONA 2008;38(7/8):336-340.
14. Çetinkaya Ulusoy E, Ecevit Alpar Ş. Hemşirelerde meslektaş dayanışması ve iş doyumunu ile ilişkisi. F.N. Hemşirelik Dergi 2013;21(3): 154-163.
15. Serinkan C, Bardakçı A. Pamukkale Üniversitesi’ndeki akademik personelin iş doyumları ve tükenmişlik düzeylerine ilişkin bir araştırma. Sosyal Bilimler Dergisi 2009;21:115-132.
16. Latham CL, Hogan M, Ringl K. Nurses supporting nurses, creating a mentoring program for staff nurses to improve to workforce environment. Nurs Admin 2008;32(1):27-39.
17. İntepeler SŞ, Güneş N, Bengü N, Yılmazmış F. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumunu ve kurumsal bağlılıklarındaki değişim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014;7(1):2-6.
18. Tilev S, Beydağ KD. Hemşirelerin iş doyum düzeyi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi 2014;3(1):140-147.
19. Atlaş SS. Çekmecelioğlu HG. İş tatmini, örgütsel bağlılık ve örgütsel vatandaşlık

- davranışının iş performansı üzerindeki etkileri: Bir araştırma. Öneri Dergisi 2007;7(28):47-57.
20. Wilkins K, Shields M. Employer-provided support services and job dissatisfaction in Canadian registered nurses. Nursing Research 2009;58(4):255-263.
  21. Çam O, Yıldırım S. Hemşirelerde iş doyumunu ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2010;2(1):64-70.
  22. Dede M, Çınar S. Dahiliye yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları güçlükler ve iş doyumlarının belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008;1(1):3-14.
  23. Uslusoy E. Hemşirelerde Meslektaş Dayanışması Ölçeği'nin geliştirilmesi ve meslektaş dayanışmasının iş doyumunu ile ilişkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010, İstanbul.
  24. Weiss DJ, Dawis RV, England GW, Lofquist LH. (1967). Manual of the minnesota satisfaction questionnaire. Minneapolis: MN: The University of Minnesota Press.
  25. Baycan A. Farklı gruplarda çalışan kişilerde iş doyumunun bazı yönlerinin analizi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Boğaziçi Üniversitesi, 1985, İstanbul.
  26. Waal A, Linde P, Broekhuizen M. Do different generations look differently at high performance organizations?. Journal of Strategy and Management 2017; 10(1): 86-101.
  27. Cennamo L, Gardner D. Generational differences in work values, outcomes and person-organisation values fit. Journal of Managerial Psychology 2008; 23(8): 891-906. DOI 10.1108/02683940810904385
  28. Aslan Ş. Örgütsel vatandaşlık davranışı ile örgütsel bağlılık ve mesleğe bağlılık arasındaki ilişkilerin araştırılması. Yönetim ve Ekonomi 2008;15(2):163-178.
  29. Çetin Aydın G, Başol O. X ve Y kuşağı: çalışmanın anlamında bir değişme var mı? Electronic Journal of Vocational Colleges-December/Aralık 2014;1-15.
  30. Kundak Z, Üzel Taş H, Keleş A, Eğicioğlu H. Bir Üniversite Hastanesinde hemşirelik mesleğinde iş tatmini ve motivasyon. Kocatepe Tıp Dergisi 2015;16: 1-10.
  31. Tambağ H. Can R. Kahraman Y. Şahpolat M. Hemşirelerin çalışma ortamlarının iş doyumunu üzerine etkisi. Bakırköy Tıp Dergisi 2015;11(4): 143-149.
  32. Süloğlu A. Diyaliz Merkezlerinde çalışan doktor ve hemşirelerde tükenmişlik sendromu. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi İstanbul, 2009.
  33. Nkomo E. Motivation, Work Values, Organisational Commitment And Job Satisfaction: Age And Generational Cohort Effects. South Africa, September 2013.  
<http://wiredspace.wits.ac.za/bitstream/handle/10539/13994/FINAL%20FOR%20PRINTING%202.pdf?sequence=2>
  34. Khanolkar RS. "Influence of Employer Branding on Satisfaction and Commitment of Generation Y Employees", IOSR Journal of Business and Management (IOSR-JBM), e-ISSN: 2278-487X, p-ISSN: 2319-7668:2013;13-18.
  35. Mahoney A. Commitment and Employee Development: Comparing Generations X and Y.  
[http://scholarworks.sjsu.edu/etd\\_theses](http://scholarworks.sjsu.edu/etd_theses)
  36. Koç M, Öztürk L, Yıldırım A. X ve Y kuşağının iş tatmini ve örgütsel bağlılığı üzerine bir araştırma. Research Journal of Business and Management- RJBm 2016;3(2). 173-183.
  37. Kian TS, Yusoff WF. "Generation X and Y and their work motivation", Proceedings International Conference of Technology Management Business and Entrepreneurship, Malaysia 18-19 Dec: 2012: 396-408.
  38. Karaaslan S. Kuşaklararası farklılıkları örgütler üzerinden anlamak: bir alan araştırması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2014.
  39. Ayhün SE. Kuşaklar arasındaki farklılıklar ve örgütsel yansımaları. Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi 2013; 2 (1): 93-112.
  40. Jones K, Warren A, Davies A. Mind the Gap: Exploring the needs of early career nurses and midwives in the workplace. Summary report from Birmingham and Solihull Local Education and Training Council Every Student Counts Project. Published May 2015.
  41. Gürbüz S. Kuşak Farklılıkları: Mit mi, Gerçek mi? İş ve İnsan Dergisi, 2015; 2(1), 39-57.

42. Demirkaya H, Akdemir A, Karaman E, Atan Ö. Kuşakların yönetim politikası beklentilerinin araştırılması. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 2015; 7(1): 186-204.
43. Sönmez H. “Değişim Yaşanan Örgütlerde İş Tatmini İle Örgütsel Bağlılık İlişkisi”, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim Bilimi ve Organizasyon Bilim Dalı İzmir. 2014.
44. Küçükylmaz Ü, Gök Özer F, Taşçı KD. Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu* 2006; 37-46.

## Ebelik Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Başlangıcı ve Sonunda Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi

### The Determination of Anxiety and Stress Levels of Midwifery Students Beginning the First Clinical Experience and Post-Experience Period

Yasemin AYDIN KARTAL<sup>a</sup> , Saadet YAZICI<sup>b</sup> 

**ÖZET Amaç:** Bu çalışma ebelik birinci sınıf öğrencilerinin ilk klinik deneyim başlangıcı ve sonunda yaşadıkları klinik stres düzeyleri, durumluluk-sürekli kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürütüldü. **Yöntem:** Tanımlayıcı ve analitik desende yürütüldü. Bir kamu üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü birinci sınıf öğrencileri (75) çalışmanın evreni oluşturdu. Çalışmada örneklem seçimine gidilmedi ve çalışmaya katılmayı kabul eden 70 öğrenci çalışmanın örneklemini oluşturdu (Katılma Oranı: %93). Veriler, "Kişisel Bilgi Formu", "Klinik Stres Anketi", "Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri" ile toplandı. **Bulgular:** Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının 18,92±1.04 olduğu belirlendi. Ebelik öğrencilerinin ilk klinik uygulama başlangıcında yaşadıkları stres düzeyleri, sonrasına göre anlamlı olarak yüksek bulunurken, klinik uygulama başlangıcı ve sonrasında en fazla stresin mücadele alt boyutunda yaşandığı belirlendi. Bununla birlikte öğrencilerin bildirdiği stres faktörleri arasında hastaya zarar verme korkusu ve klinik hekim-hemşirelerinin tutumlarının ilk sıralarda yer aldığı saptandı. Klinik uygulama başlangıcı öğrencilerin durumluluk-sürekli kaygı puan ortalamaları klinik uygulama sonrasına göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Ebelik bölümünü isteyerek seçen öğrencilerin durumluluk kaygı düzeyleri ve sağlık meslek lisesi mezunu olan öğrencilerin stres düzeyleri ve durumluluk kaygı düzeyleri anlamlı olarak düşük bulundu. **Sonuç:** Öğrencilerin durumluluk-sürekli kaygı ve stres düzeyleri ilk klinik deneyim sırasında yükselirken, klinik deneyim artukça kaygı ve stres düzeylerinin azaldığı söylenebilir

**Anahtar Kelimeler:** Klinik uygulama, anksiyete, ebelik

**ABSTRACT Objective:** This study is conducted to determine the factors affecting the anxiety and stress levels of first year midwifery students beginning and after their first clinical experience. **Method:** This descriptive and analytical study used a population of 75 students studying in the first grade of the midwifery department of the Health Sciences Faculty of a public university. Sample selection was not made in the study, and 70 students who agreed to participate in the study constituted the sample of the study (participation rate: 93%). The data were collected by "Personal Information Form", "Clinical Stress Questionnaire", "State-Trait Anxiety Inventory". **Results:** The average age of students participating in the study was determined as 18.92 ± 1.04. The levels of stress beginning the first clinical applications of midwifery students were higher than later. Among the stress factors reported by the students were the fear of harm to the patient and the attitudes of the clinical physician-nurses. The state of the state-trait anxiety scores of the clinical application order was found to be significantly higher than that of the post clinical application. The state anxiety levels of students who voluntarily selected midwifery department and the stress level and state anxiety levels of students graduated from health vocational high school were found to be significantly lower. **Conclusions:** It has been found that, the state-trait anxiety and stress levels of the students rise beginning their first clinical experience. Additionally, as the students' clinical experience increase, their stress levels decrease.

**Key words:** Clinical practice, anxiety, midwifery

#### Giriş

Ebelik eğitiminde temel amaç, öğrenciye bilişsel, klinik olmak üzere birbirini tamamlayan iki duyusal ve psikomotor alanda bilgi, beceri ve tutum kazandırmaktır. Ebelik eğitimi, teorik ve bölümünden oluşur. Klinik eğitim, öğrencinin gerçek ortamda uygulayarak öğrenmesini sağlar.

Geliş Tarihi/Received: 14-07-2017 / Kabul Tarihi/Accepted:25-08-2017

<sup>a</sup> Yard. Doç. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul: ORCID

ID:orcid.org/0000-0001-7464-945X

<sup>b</sup> Prof. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, email: saadetyazc@yahoo.com ORCID ID: orcid.org/0000-0001-6348-0695

Sorumlu yazar /correspondence: Yasemin Aydın Kartal; Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Yrd.Doç.Dr, e-mail: [yasemin.aydin@sbu.edu.tr](mailto:yasemin.aydin@sbu.edu.tr)

\*Çalışma Adnan Menderes Üniversitesi 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi'nde Sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Klinik deneyimler, teorik bilginin uygulamaya aktarılmasının yanı sıra öğrencinin psikomotor gelişimini ve mesleki sosyalizasyonunu sağlar.<sup>1</sup> Klinik deneyimleri süresince yeni bir sosyal ortama giren öğrenciler çeşitli aşamalarda, anksiyete ve stres yaratan çok sayıda durumla baş etmek zorunda kalır. Anksiyete ve stres eğitim süresince öğrencinin akademik performansını ve mesleki uyumunu etkileyen önemli bir biyopsikososyal faktördür.<sup>2</sup> Düşük düzeyde stres ve kaygı, öğrencilerin yaratıcılığına ve gelişimine katkı sağlarken, stres ve kaygı yoğun olduğunda öğrenme güçlüğü yaşamaya, dikkat ve yoğunlaşmada azalmaya, insan ilişkilerinde bozulmaya ve iş veriminde azalmaya neden olmaktadır.<sup>1,3</sup>

Klinik uygulamalarda öğrencilerin yaşadığı stres ve anksiyete, öğrendikleri kuramsal bilgilerin kullanılmasında güçlüğe neden olmaktadır. Ayrıca sağlık profesyonelleri ile iletişim güçlüğü yaşanmasına, hata yapma korkusuna, hastaya yanlış bilgi verme endişesine, hasta beklentilerini karşılamada eksikliğe, hastane prosedürlerinde yanlış yapma korkusuna ve mesleki yetersizliğe neden olduğu bildirilmektedir.<sup>4,5</sup>

Özellikle ilk klinik deneyim öngörülmez ve zorlayıcı olmasından dolayı daha çok anksiyete ve stres oluşturabilmektedir. Öğrenciler tehdit ve tehlike olarak algıladıkları ve bu durum karşısında

dengeyi korumak veya dengeyi yeniden sağlamak için çalışırken stresi deneyimleyebilmektedirler.<sup>6</sup>

Anksiyeteli ve stresli öğrenci, problemlerle baş etme yeteneğinde ve sosyal ilişkilerde azalma yaşayabilmektedir. Ayrıca stresin öğrencinin beceri geliştirme ve klinik performansını etkilediği düşünülmektedir. Bu sebeple öğrencilerin klinik öğrenme deneyimlerinin her aşamasında anksiyete ve stres düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi ayrıca önem taşımaktadır. Dolayısıyla, bu çalışma, öğrencilerin klinik deneyimleri süresince yaşadıkları stres, anksiyete düzeyi ve neden olan faktörlerin belirlenmesi, öğretim üyelerinin öğrencilerin stresle başetmede strateji geliştirmelerine yardımcı olmak amacıyla yürütülmüştür.

### Gereç ve Yöntem

**Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:** Tanımlayıcı ve analitik desende yürütülen çalışmanın evrenini, bir kamu üniversitesinin, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü birinci sınıfta öğrenim gören 75 öğrenci oluşturdu. Çalışmada örneklem seçimine gidilmedi ve 2016-2017 eğitim-öğretim dönemi bahar yarıyılında çalışmaya katılmayı kabul eden 70 öğrenci çalışmanın örneklemi oluşturdu (*Katılma Oranı: %93*).

Tablo 1. Öğrencilerin KSA Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek Boyutları	Klinik Deneyim Başlangıcında Ort±SS	Klinik Deneyim Sonunda Ort±SS	Puan Aralığı	Test
Tehdit alt boyutu	6.94±4.35	5.48±3.81	0-24	z*:-2.501 p:0,012
Mücadele alt boyutu	16.04±5.03	13.28±5.60	0-28	z*:-3.698 p:0,000
Zarar alt boyutu	3.05±2.72	1.94±2.00	0-20	z*:-3.403 p:0,001
Yarar alt boyutu	4.58±1.80	3.30±2.15	0-8	z*:-4.483 p:0,000
Toplam ölçek puanı	30.62±9.6	24.01±8.63	0-80	z*:-5.101 p:0,000

\*Wilcoxon Signed Ranks Test

**Veri Toplama Araçları:** Araştırma verilerinin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu”, “Klinik Stres Anketi” ve “Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri” kullanıldı. Kişisel Bilgi Formu’nda, araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilen, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sorular yer aldı.

**Klinik Stres Anketi (KSA):** Klinik stres anketi, ilk klinik uygulama deneyimlerinde, öğrenci hemşireleri tehdit eden ya da mücadele etmelerini gerektiren stresin başlangıç değerini be-

lirmek amacıyla Pagana tarafından geliştirilmiştir.<sup>7</sup> Ölçek likert tipi olup 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri; tehdit, mücadele, zarar ve yarar duygu ifadelerinden oluşan 4 alt başlık altında toplanmaktadır. Ölçeğin puan aralığı 0-80 dir. Düşük puan stres düzeyinin düşük olduğunu, yüksek puan ise stres düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Klinik Stres Anketi’nin geçerlilik ve güvenilirliği Şendir ve Acaroğlu (2008) tarafından yapılmıştır.<sup>1</sup> Bu çalışmanın örneklemini için toplam Cronbach alfa değeri klinik uygulama

başlangıcı 0.74, sonrası için 0.81 olarak bulunmuştur.

**Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri:** Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen ölçeğin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte (1977) tarafından yapılmıştır.<sup>8,9</sup> Ölçek geçici-durumluk (20 madde) ve sürekli (20 madde) kaygı düzeylerini belirleyen toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Envanteri (DKE), bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini ve Sürekli Kaygı Envanteri (SKE)'de, bireyin kendisini genellikle nasıl hissettiğini değerlendirmektedir. Puanların artması kaygı düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmanın örneklemini için DKE'nin toplam Cronbach alfa değeri klinik uygulama başlangıcı 0.74, sonrası için 0.81, SKE'nin ise klinik uygulama başlangıcı 0.72, sonrası için 0.71 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın verileri, çalışmayı yürüten araştırmacılar tarafından, çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerle yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak toplandı. Formların uygulanması yaklaşık 20 dakika sürdü. Formlar öğrencilere klinik uygulamaya çıkılan ilk haftanın sonunda ve klinik uygulamanın son haftasında uygulandı.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Veriler, SPSS 17.0 paket programı kullanılarak tanımlayıcı istatistiksel analizlerinden sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile hesaplandı. Verilerin dağılımı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Gruplar arası karşılaştırmalar Mann Whitney U test, Kruskal Wallis Test ve Wilcoxon Signed Ranks Test kullanılarak değerlendirildi. 0.05 in altındaki "p" değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Araştırmanın Etik İlkeleri:** Araştırmanın yapıldığı kamu üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden yazılı izin alındı. Araştırmaya alınacak öğrencilere çalışma hakkında bilgi verildikten sonra öğrencilerin sözel izinleri alındı. Araştırmaya katılacak öğrencilere, bireysel bilgilerin

gizli kalacağı konusunda açıklama yapıp "gizlilik ilkesine" uyulmuştur.

**Araştırmanın Sınırlılıkları:** Çalışmanın sınırlılığı sadece bir kamu üniversitesinin ebelik bölümü öğrencileri ile yürütülmesidir. Bu nedenle bu bulgular Türkiye'deki tüm Ebelik bölümü öğrencileri için genellenemez.

### Bulgular

Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin yaş ortalamasının  $26,29 \pm 4,34$  olduğu, %51.4'ünün anadolu lisesi mezunu olduğu belirlendi. Öğrencilerin %75.7'sinin bölümü isteyerek tercih ettiğini, %92.9'unun ebelik mesleğini sevdiğini ve kendisini mesleğe uygun hissettiğini ifade etti. Öğrencilerin ilk klinik deneyim sırasında ne hissettikleri sorulduğunda ise %65,7'si heyecan, %54.3'ü mutluluk, %47.1'i stres, %35.7'si anksiyete ve %18.6'sının korku hissettiği belirlendi.

Ebelik öğrencilerinin ilk kez klinik uygulama başlangıcındaki stres düzeyleri, sonrasına göre anlamlı olarak yüksek bulunurken, klinik uygulama başlangıcında ve sonrasında en fazla stresin mücadele alt boyutunda, en düşük stresin ise zarar alt boyutunda yaşandığı belirlendi (Tablo 1).

Öğrencilerin klinik uygulama başlangıcı durumluluk kaygı puan ortalamaları  $37.37 \pm 8.81$ , klinik uygulama sonrası  $35.01 \pm 7.48$  iken ( $z: -2.037$ ,  $p: .042$ ), klinik uygulama başlangıcı sürekli kaygı puan ortalamaları  $41.80 \pm 6.50$ , klinik uygulama sonrası ise  $37.45 \pm 6.63$  ( $z: -5,756$ ,  $p: .000$ ) olduğu belirlendi (Tablo 2).

Ebelik bölümünü isteyerek seçen öğrencilerin durumluluk kaygı düzeyleri ( $z: -2.752$ ,  $p: .006$ ) ve sağlık meslek lisesi mezunu olan öğrencilerin stres düzeyleri ( $z: 8,019$ ,  $p: .018$ ) ve durumluluk kaygı düzeyleri ( $z: 9.857$ ,  $p: .007$ ) anlamlı olarak düşük bulundu. Öğrencilerin klinik uygulama sırasında bildirdiği stres faktörleri arasında, hastaya zarar verme korkusu (%58,6), hekim ve ebe-hemşirelerin tutumları (%47,1) ve hastane prosedürlerinde yanlış yapma korkusu (%42,9) ilk sıralarda yer aldığı belirlendi (Tablo 3).

Tablo 2. Öğrencilerin DKE-SKE Toplam Ortalamalarının Dağılımı

	Klinik Deneyim Başlangıcında Ort±SS	Klinik Deneyim Sonunda Ort±SS	Test
Durumluluk Kaygı Envanteri	37.37±8.81	35.01±7.48	$z^*:-2.037$ $p:0,042$
Sürekli Kaygı Envanteri	41.80±6.50	37.45±6.63	$z^*:-5,756$ $p:0,000$

\*Wilcoxon Signed Ranks Test

Tablo 3. Öğrencilerin Klinik Uygulamada Bildirdikleri Stres Faktörleri

	n	%
Hastaya zarar verme korkusu	41	58,6
Hekim ve ebe-hemşirelerin tutumları	33	47,1
Hastane prosedürlerinde yanlış yapma korkusu	30	42,9
Teorik bilgiyi uygulayamama	28	40,0
Hastaya yanlış bilgi verme korkusu	21	30,0
Öğrenci ebeye güvensizlik	19	27,1
Hata yapma korkusu	17	24,3

### Tartışma

Bu çalışma, ebelik birinci sınıf öğrencilerinin ilk klinik deneyim başlangıcı ve sonrası yaşadıkları klinik stres düzeyleri, durumluluk-sürekli kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürütüldü. Bulgularımızda öğrencilerin durumluluk-sürekli kaygı ve stres düzeyleri ilk klinik deneyim sırasında yükselirken, klinik deneyim arttıkça kaygı ve stres düzeylerinin azaldığı belirlendi (Tablo 1-2). Klinik uygulama sırası ve sonrasında en fazla stresin mücadele alt boyutunda yaşandığı belirlenirken, en düşük stresi ise zarar alt boyutunda yaşadıkları belirlendi (Tablo 1). Çalışmamızla benzer şekilde Mankan ve ark. (2016)'ı çalışmalarında en yüksek stresin mücadele alt boyutunda, en düşük stresin zarar alt boyutunda yaşandığını, Taşdelen ve Zeybek (2013) ise çalışmalarında öğrencilerin en yüksek stresi mücadele, en düşük stresi ise yarar alt boyutunda yaşadıklarını bildirmişlerdir.<sup>10,11</sup> Çalışmamızdan farklı olarak Atay ve Yılmaz (2011)'in çalışmasında öğrencilerin tehdit ve zarar alt boyutunda yüksek düzeyde klinik stres yaşadıkları belirlenmiştir.<sup>12</sup> Farklı çalışma sonuçları, çalışmaların yapıldığı okullardaki müfredat farklılıkları, öğretim elemanı sayıları ve uygulamaya çıkılan hastanelerin farklı olmasından kaynaklanabilir.

Öğrencilere yaşadıkları klinik deneyim sırasında ne hissettikleri sorulduğunda %35.7'si anksiyete ve %18.6'sı korku yaşadıklarını belirttiler. Anksiyete, korku gibi duygular karşısında organizmanın yeniden dengeyi sağlamak adına yaşadığı stres algısının öğrencilerin işlevselliği ve problem çözme becerisini olumsuz etkilediği bildirilmektedir.<sup>13</sup> Bu bağlamda ilk klinik deneyim öncesinde öğrencilerin yakından değerlendirilmesi, korkan, kaygı duyan, heyecanlı olan öğrencilerin riskli grup olarak değerlendirilmesi ve des-

tek sağlanması önerilmektedir. Ayrıca bu duyguların altında yatan düşüncelere yönelik farkındalık sağlanması büyük önem taşımaktadır.

Ebelik bölümünü isteyerek seçen öğrencilerin durumluluk kaygı düzeyleri ve sağlık meslek lisesi mezunu olan öğrencilerin stres düzeyleri ve durumluluk kaygı düzeyleri anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Mesleği sevmeme, rastgele seçme, ilgisiz olma bireyin motivasyonunu etkileyen önemli faktörlerdir. Motivasyonun düşük olması bireyin öğrenmeye uyum sağlayamamasına ve bu durumda dış dünyayı tehlikeli ve tehdit edici bir yer olarak algılayıp kaygısının yükselmesine neden olabilir. Bu nedenle çalışmamızda ebelik bölümünü isteyerek seçen öğrencilerin durumluluk kaygı düzeylerinin düşük olması literatürdeki bilgiyi destekler niteliktedir. Sağlık meslek lisesi mezunu öğrencilerin stres düzeyleri ve durumluluk kaygı düzeylerinin düşük olması deneyimle ilişkilendirilebilir. Nitekim çalışmamızın bulgularında da deneyim arttıkça stres ve kaygı düzeyinin azaldığı saptanmıştır.

Öğrencilerin klinik uygulamada bildirdikleri stres faktörleri arasında en yüksek oranda hastaya zarar verme korkusu olduğu ve bunu sırasıyla hekim, ebe ve hemşirelerin tutumlarının ve hastane prosedürlerinde yanlış yapma korkusunun takip ettiği belirlendi (Tablo 3). Mangan ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında öğrencilerin en çok hastalardan dolayı stres yaşadıkları, Taşdelen ve Zeybek (2013)'in çalışmasında ise en çok hemşirelerin öğrenciler için stres kaynağı oluşturduğu, Elçigil ve Sarı (2011)'nin çalışmasında ise klinik çalışanlarının öğrencilere karşı tutumları olarak belirtilmiştir.<sup>10,11,14</sup> Uygulama yapılan kliniklerde görevli hekim, ebe ve hemşirelerin mesleki yönden donanımlı ve olumlu rol modeli olması uygulama he-

deflerine ulaşılması açısından önemlidir.<sup>15</sup> Uygu lamalar sırasında öğrencinin yönlendirilmeye, desteklenmeye ve bu desteği hissetmeye ihtiyacı vardır. Bu çalışma sonuçlarından yola çıkarak öğrenci ebelerin klinik uygulama öncesi klinikteki görevli hekim, ebe ve hemşirelerle tanıştırılması, kliniğin fiziksel yapısı, kurallar ve öğrencilerden beklentiler ile ilgili olarak öğrencilerin bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

### Sonuç ve Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, öğrencilerin durumluluk-sürekli kaygı ve stres düzeyleri ilk klinik deneyim sırasında yükselirken, klinik deneyim arttıkça kaygı ve stres düzeylerinin azaldığı belirlendi. Ebelik bölümünü isteyerek seçen öğrencilerin durumluluk kaygı düzeyleri ve sağlık meslek lisesi mezunu olan öğrencilerin stres düzeyleri ve durumluluk kaygı düzeyleri anlamlı olarak düşük olduğu saptandı. Klinik uygulamada öğrencilerin en büyük stres kaynağının hastaya zarar verme korkusu ve hekim, ebe-hemşirelerin tutumları olduğu belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda, klinik öğretim öncesinde simülasyon teknikleri kullanılarak oluşturulan klinik ortama benzer öğretim alanlarında öğrencilerin kliniğe kendilerini daha hazır hissetmelerinin sağlanması, kliniğin fiziksel yapısı, klinik ekibi, kurallar ve öğrenciden beklentiler konusunda öğrencilerin bilgilendirilmesi, ilk klinik deneyim öncesinde öğrencilerin yakından değerlendirilmesi, korkan, kaygı duyan, heyecanlı olan öğrencilerin riskli grup olarak değerlendirilmesi ve ayrıca destek sağlanması önerilebilir.

### Kaynaklar

1. Şendir M, Acaroğlu R. Reliability and Validity of Turkish Version of Clinical Stress Questionnaire. *Nurs Educ Today* 2008; 28(6): 737-43.
2. Jimenez C, Navia-Osorio P, Vacas Diaz C. Stress and Health in Novice and Experienced Nursing Students. *Journal of Advanced Nursing* 2010; 66 (2): 442-455.
3. Lee J, Graham AV. Student's Perception of Medical School Stress and Their Evaluation of A Wellness Elective. *Medical Education* 2001; 35: 652-659.
4. Sheu S, Lin HS, Hwang SL. Perceived Stress and Physio-Psycho-Social Status of Nursing Students During Their Initial Period of Clinical Practice: The Effect of Coping Behaviors. *International Journal of Nursing Studies* 2002; 39 (2): 165-175.
5. Sharif F, Masoumi S. A Qualitative Study of Nursing Student Experiences of Clinical Practice. *BMC Nurs* 2005; 4(6): 1-7.
6. Balcıoğlu İ. Stres Kavramı ve Tarihsel Gelişimi. *Medikal Açısından Stres ve Çareleri [Concept of Stress and Historical Development. Medical Stress and Remedies]. Sempozyum Dizisi [Symposium series]* 2005; 47: 09-12.
7. Pagana KD. Psychometric Evaluation of Clinical Stress Questionnaire (CSQ). *J Nurs Educ* 1989;28(4):169-74.
8. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*, Consulting Psychologist Press. California: 1970.
9. Öner N, Le Compte A. *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. [Handbook of State-Trait Anxiety Inventory]* İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1983.
10. Mankan T, Polat H, Cengiz H, Sevindik F. Hemşirelik Öğrencilerinin İlk Klinik Stres Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi [The First Clinical Stress Level of the Nursing Students and the Factors Affecting]. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi [Journal of İnönü University Health Sciences]* 2016; 5 (1): 10-15
11. Taşdelen S, Zaybak A. Hemşirelik Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Sırasındaki Stres Düzeylerinin İncelenmesi [The Determination The Level of Stress of Nursing Students During Their First Clinical Experience]. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi [Florence Nightingale Journal of Nursing]* 2013; 21(2): 101-06.
12. Atay S, Yılmaz F. Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin ilk klinik stres düzeyleri [The First Stress Levels of The Students of Vocational Higher School of Health] *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi [Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences]* 2011; 14 (4): 32-37.
13. Arabacı LB, Korhan EA, Tokem Y, Torun R. Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Öncesi-Sırası ve Sonrası Anksiyete ve Stres Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler [Nursing Students' Anxiety And Stress Levels And Contributed Factors Before-During And After First Clinical Placement]. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi [Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal]* 2015;1-16.



14. Elçigil A, Sarı HY. Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Eğitiminde Kolaylaştırıcı Faktörler [Facilitating Factors in Clinical Education in Nursing]. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi [Dokuz Eylül University Faculty of Nursing Electronic Journal] 2011; 4(2): 67-71.
15. Erenel AŞ, Dal Ü, Kutlutürkan S, Vural G. Hemşirelik Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin ve Hemşirelerin İntörnlük Uygulamasına İlişkin Görüşleri [The Views of the Fourth Year Students and Nurses About Internship Practices]. H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi [Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal] 2008; 15(2):16-25.

## Ofis Çalışanlarında Karpal Tünel Sendromu Semptomları ve Fonksiyonel Durum Carpal Tunnel Syndrome Symptoms and Functional Status in Office Workers

Nurcan KOLAÇ<sup>a</sup> Ayşe SEZER BALCI<sup>b</sup> Fatma Nevin ŞİŞMAN<sup>c</sup>  
Filiz ÜNVER<sup>d</sup> Zeynep BÖYÜKBAŞ<sup>e</sup>

**ÖZET Amaç:** Bu çalışma ofis çalışanlarında karpal tünel sendromu semptomları ve fonksiyonel durumu belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Bu tanımlayıcı araştırmanın evrenini İstanbul ilinde bulunan özel bir şirketin iki ayrı binasında Kasım 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında çalışan 700 ofis çalışanı oluşturmuş, örneklem seçimi yapılmamış tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir. Ofis çalışanlarının yoğun iş temposu ve çalışmaya katılmak istememeleri nedeniyle, katılmaya gönüllü olan 153 bireye ulaşılmıştır. Bireyler araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve araştırma için sözlü onamları alınmıştır. Veri toplama aracı olarak Sosyo-Demografik Soru Formu ve Boston Karpal Tünel Sendromu Anketi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan çalışanların yaş ortalaması 33.62±8.22, %51.6'sı kadın, %50.3'ü evli, %12.4'ünün el ve bilek rahatsızlıkları için tanı konmuş hastalığı bulunmaktadır. Çalışanların Boston Karpal Tünel Sendromu Anketi Semptom Şiddeti Skalası puan ortalaması 1.34±4.46, Fonksiyonel Durum Skalası puan ortalaması 1.24±0.40 bulunmuştur. Çalışanların %62.1'i fonksiyonlarında zorluk çekmediğini, %33.3'ü hafif derece zorlandığını belirtmiştir. Semptomlar açısından incelendiğinde; çalışanların %42.5'inde karpal tünel sendromuna yönelik belirti olmadığı, %47'sinde hafif derecede, %9.8'inde ise orta derecede belirtiler olduğu bulunmuştur. Çalışanların Semptom şiddeti skalası ile fonksiyonel durum skalası puan ortalamaları arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.67; p=0.00). Buna göre çalışanlarda karpal tünel sendromu semptomları artıkça fonksiyonel durum kapasitesinde yetersizlik artmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Karpal tünel sendromu, semptom, fonksiyonel durum, ofis çalışanları.

**ABSTRACT Aim:** The aim of the study was to examine carpal tunnel syndrome symptoms and functional status in office workers. **Material and Method:** This study is a descriptive research. The population of this research is comprised of people working in two different buildings private institutions in the city of Istanbul. The research was conducted between the dates of November 2015-May 2016. The population is comprised of 700 workers. It is aimed to reach whole population without sampling, but office workers intense worked and they didn't want to participate, so this research was completed by contacting with 153 workers who are voluntary for this research. Individuals were informed about the research and verbal consents were obtained for the research. Socio-Demographic Questionnaire and Boston Carpal Tunnel Syndrome Questionnaire were used as data collection tools. **Results:** The average age of the participants was 33.62±8.22, 51.6% were woman, 50.3% were marriage, 12.4% were diagnosed with hand and wrist disorders. The mean score of the Symptom Severity Scale of Boston Carpal Tunnel Syndrome Questionnaire was 1.34±4.46 (min=1, max=3) and the mean score of Functional Status Scale was 1.24±0.40 (min=1, max=3.5). 62.1% of the workers stated that they did not have difficulty in their functions and 33.3% stated that they were slightly difficult. When examined in terms of symptoms; it was found that 42.5% of the workers did not have signs for carpal tunnel syndrome, 47% were mild, and 9.8% were medium. There was a significant positive correlation between the symptom severity scale and the functional status scale scores (r=.67, p=0.00). As carpal tunnel symptoms increased, functional capacity insufficient increased.

**Key words:** Carpal tunnel syndrome, symptom, functional status, office workers.

### Giriş ve Amaç

Karpal Tünel Sendromu, el parmaklarında rolü olan medyan sinirin karpal tünelde hareket ve hissin sağlanmasında önemli bir kompresyonu sonucu görülen, sinir

Geliş Tarihi/Received: 06-04-2017/ Kabul Tarihi/Accepted:23-09-2017

<sup>a</sup>Öğretim Görevlisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, [nkolac@hotmail.com](mailto:nkolac@hotmail.com); ORCID ID: 0000-0002-8258-0998

<sup>b</sup>Araştırma Görevlisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, [ayses\\_18\\_9@hotmail.com](mailto:ayses_18_9@hotmail.com); ORCID ID: 0000-0002-6520-1669

<sup>c</sup>Yard.Doç.Dr. Araştırma Görevlisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD [nevin4083@yahoo.com](mailto:nevin4083@yahoo.com); ORCID: 0000-0001-9543-6875

<sup>d</sup> İstanbul Medipol Hastanesi, Hemşire, 0537 660 21 43, [flzunvr@gmail.com](mailto:flzunvr@gmail.com); ORCID ID: 0000-0003-2284-2981

<sup>e</sup> İstanbul Medipol Hastanesi, Hemşire, 0539 255 96 02, [zeynepbykbs@gmail.com](mailto:zeynepbykbs@gmail.com),

ORCID ID: 0000-0002-7825-1286

**Sorumlu yazar /Correspondence:** Ayşe SEZER BALCI, [ayses\\_18\\_9@hotmail.com](mailto:ayses_18_9@hotmail.com)

sıkışmaları içinde en sık rastlanan rahatsızlıktır.<sup>1</sup> Karpal Tünel Sendromunun erken döneminde duyuşal sinir lifleri etkilenir. Bireyler ilk üç parmakta uyuşukluk, sızı, karıncalanma ve ağrı şikayetleri yaşar, ağrı özellikle geceleri artar.<sup>2,3</sup>

Karpal Tünel Sendromu, basit bir durum olmayıp ciddi bir özürülülük nedenidir. Bakım maliyeti açısından en pahalı üst ekstremitte kas-iskelet bozukluklarından biridir.<sup>4</sup> Karpal Tünel Sendromunda 27 günlük işe devam edememe ortalaması, kırıklar haricindeki diğer işe devam edememe süreleri arasında en uzunudur. Ayrıca, Karpal Tünel Sendromu gelişen çalışanların %18'i işlerini 18 ay içinde bırakmak zorunda kaldığını belirtmiştir.<sup>5</sup>

Erişkin nüfusta Karpal Tünel Sendromu görülme oranı %1-16 olarak belirtilmiş olup<sup>6</sup>, 30-60 yaş aralığında daha sık görülmektedir.<sup>7</sup> Yapılan çalışmalarda kadınlarda erkeklere oranla 3.6 kat daha sık görüldüğü belirtilmiştir.<sup>8-10</sup> Kadınlarda sık görülmesinin nedeni olarak hormonal değişiklikler ve karpal tünelin anatomik olarak daha dar olması ile açıklanmaktadır.<sup>7</sup>

Karpal Tünel Sendromunun nedenleri tam olarak bilinmemekte, ancak bilinen nedenler arasında, iş veya ev yaşamına bağlı tekrarlayan travma, gebelik, romatoid artrit, şeker hastalığı ve hipotiroidizm gibi etkenler yer almaktadır.<sup>11</sup> İşe bağlı olan etmenler arasında, titreşimli aletli işlerde çalışmak, el bileğinin uzun süre dorsal pozisyonda kaldığı daktilo-bilgisayar gibi araçlar kullanmak, el ve el bileğinin tekrarlayan hareketleri olan işlerde çalışmak yer almaktadır.<sup>12</sup>

Karpal Tünel Sendromunun tanısı için ayrıntılı bir öykü, fizik muayene, elektro fizyolojik incelemeler yapılmaktadır.<sup>13</sup> Fizik muayenede sıklıkla Phalen ve Tinel testi kullanılmaktadır.<sup>14</sup> Bu testlerin yanı sıra; Karpal kompresyon testi, iskemik (turnike) testi, bilek fleksiyon testi, elektronöromyografi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, kan testleri gibi testler de yapılarak tanı güçlendirilmektedir.<sup>15</sup>

Ofis çalışanları günlük bilgisayar kullanım sürelerinin uzun olması, hareketsiz

olmaları, el bileklerinin uzun süre dorsal pozisyonda kalması nedeniyle karpal tünel sendromu için risk grubunda düşünülmektedir.<sup>16</sup> Konu ile ilgili olarak ergonomi uzmanları, bilgisayar kullanımının karpal tünel sendromu için tek başına sebebi olmadığını, bilgisayar kullanımı sırasında genellikle yanlış bilek duruşlarını olduğu ve bu şekilde çalışmanın yaralanma riskini arttırdığını belirtmiştir.<sup>17</sup> Keogh ve arkadaşları ise çalışmalarında karpal tünel sendromu sıklığını üretim sektörü ve bilgisayar ile çalışanlarda sık olduğunu bildirmiştir.<sup>18</sup>

Karpal Tünel Sendromu belirtileri gösteren çalışanlarda, işyeri ortamındaki değişiklikler, ekipman, alet değişimi, çalışanların değişimi, görev ve çalışma süresinin değiştirilmesi gibi girişimler ile tedavinin daha hızlı ve etkin olması sağlanabilmektedir.<sup>19-20</sup> İşyerlerinde etkili önleme girişimleri ile Karpal Tünel Sendromlarının %50'ye kadar önlenilebileceği belirtilmiştir.<sup>21</sup> İş sağlığı hekimleri ve hemşireleri, iş yerinde çalıştıkları yerlerin, çalışma koşullarına bağlı risklerin tespit edilmesinde ve risk altındaki çalışanların belirlenmesi açısından önemli bir yere sahiptir. Bu çalışma ofis çalışanlarında karpal tünel sendromu semptomları ve fonksiyonel durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Çalışma sonuçları işyeri ortamında karpal tünel sendromu semptomları gösteren çalışanlar için önleyici girişimlerin erken planlanmasında katkı sağlayacaktır.

Araştırma soruları;

- Ofis çalışanlarının karpal tünel sendromu semptomları nasıldır?
- Ofis çalışanlarında fonksiyonel durumu nedir?

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini İstanbul İli Avrupa yakasındaki özel bir şirketin iki ayrı binasında Kasım 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında çalışan toplam 700 kişi oluşturmuş, örneklem seçimi yapılmamış tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir. Ofis çalışanlarının yoğun iş

temposu ve çalışmaya katılmak istememeleri nedeniyle, katılmaya gönüllü olan 153 bireye ulaşılmıştır. Evrendeki bireylere ulaşma oranı %21.8 olarak belirlenmiştir. Çalışmanın bağımlı değişkenleri; ofis çalışanlarında Boston Karpal Tünel Sendromu Anketi -Semptom Şiddeti Skalası ve Fonksiyonel Durum Skalası puanları, bağımsız değişkenleri ise; yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, mesleki deneyim süresi, günlük bilgisayar kullanım süresi, bilgisayar başında hiç ara vermeden kalma süresi, iş dışında el ve bilek aktif kullanılma durumu, el ve bilek için daha önce tanı konmuş hastalık olma durumu olarak belirlenmiştir.

### Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan Sosyo-Demografik Anket Formu ve Boston Karpal Tünel Sendromu Anketi (BKTSA) kullanılmıştır. Sosyo-Demografik Anket Formu: çalışanın yaş, cinsiyet, boy, kilo, medeni durumu, mesleki deneyim süresi gibi bilgileri içeren 15 soru yer almaktadır.

Boston Karpal Tünel Anketi (BKTSA): Levine ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Sezgin ve ark. (2006) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır.<sup>22</sup> Bu anket karpal tünel sendromu olan ya da risk altında olan bireylerin öz bildirimleri ile son 3 ayda yaşadıkları Karpal Tünel Sendromu semptomlarının şiddeti ve fonksiyonel duruma etkisini değerlendiren 19 sorudan oluşur. Boston Karpal Tünel Sendromu Anketi-Semptom Şiddeti Skalası (BKTSA-SŞS) ve Fonksiyonel Durum Skalası (BKTSA-FDS) olmak üzere iki alt ölçekten oluşur. BKTSA-SŞS, 11 madde olup, her bir madde 1-5 arasında puanlanmakta, semptom yok (toplam skor=11), hafif derecede şiddetli (toplam skor=12-22), orta şiddette şiddetli (toplam skor=23-33), şiddetli (toplam skor=34-44) ve çok şiddetli (toplam skor=45-55) olarak derecelendirilmektedir. BKTSA-SŞS skoru 11 maddeden elde edilen toplam puanın soru sayısına bölünmesiyle elde edilir. BKTSA-FDS ise semptomların günlük yaşamı nasıl etkilediğini değerlendiren 8 maddeden oluşmakta olup, her bir

madde 1-5 arasında puanlanmaktadır. BKTSA-FDS skorları; zorluk çekmemek (toplam skor=8), hafif zorluk derecesi (toplam skor= 9-16), orta derecede zorluk (toplam skor=17-24), şiddetli zorluk (toplam skor=25-32) ve çok şiddetli zorluk (toplam skor=33-40) olmak üzere kategorilere ayrılmıştır. Skalanın toplam skoru, toplam puanın soru sayısına bölünmesiyle elde edilir. Bireyin puan ortalamasının yüksek olması fonksiyonel durum kapasitesinde yetersizliğin arttığını gösterir.

Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze toplanmış, araştırmaya başlanmadan önce bireylerden sözlü onam, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden etik kurul onayı ve kurumdan yazılı izin alınmıştır.

Verilerin analizinde tanıtıcı özellikler için sayı ve yüzdelik testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogrov Smirnov testi ile test edilmiş ve p değeri 0.05'den küçük olduğu için parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis-H testi kullanılmıştır. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada şirketin Avrupa yakasındaki iki ayrı binasındaki çalışanlara ulaşılmada zorluk yaşanmıştır. Veri toplama aşamasında, çalışanların bir bölümü iş yükü nedeniyle çalışmaya katılmak istememişlerdir. Ayrıca anketlerin bir kısmının eksik doldurulduğu için çıkarılması da çalışmada veri kaybına neden olmuştur.

### Bulgular

Çalışanların yaş ortalaması  $33.62 \pm 8.22$ , %51.6'sı kadın, %50.3'ü evli, %69.3'ü normal kiloda, %25.5'i hafif şişman, %5.2'si ise şişmandır. Çalışanların bilgisayar kullanımlarına ilişkin özellikleri incelendiğinde, %92.8'i günde 4 saatten fazla bilgisayar kullanmakta, %72.5'i iş dışında el ve bileğini aktif kullanırken, %12.4'ünün el ve bilek için tanı konmuş hastalığı bulunmaktadır (Tablo 1).

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	79	51.6
	Erkek	74	48.4
Beden Kitle İndeksi	18.5-24.9	106	69.3
	25-29.9	39	25.5
	30-39.9	8	5.2
Medeni durum	Evli	77	50.3
	Bekar	76	49.7
Mesleki deneyim süresi	0-5 yıl	54	35.3
	6-11 yıl	38	24.8
	12 ve üzeri	61	39.9
Bilgisayar Kullanım Süresi saat	4 say ve↓	11	7.2
	4 saat ve↑	142	92.8
Ara vermeden bilgisayar başında kalma saati	1-2 saat	15	9.8
	3 saat ve↑	138	90.2
İş dışında (ev işleri vb.) el ve bilek aktif kullanma	Evet	111	72.5
	Hayır	42	27.5
Evde el ve bileğin kullanılma saati	Günde 4↓	102	66.7
	Günde 4	25	16.3
	Günde 4↑	26	17.0
El ve bilek için tanı konmuş bir hastalık varlığı	Evet	19	12.4
	Hayır	134	87.6

Çalışanların BKTSA-FDS puanlarına bakıldığında, %62.1'i fonksiyonlarında zorluk çekmediğini, %33.3'ü hafif derece zorlandığını belirtmiştir. BKTSA-SŞS puanlarına göre %42.5'inde karpal tünel sendromuna yönelik belirti olmadığı, %47'sinde hafif derecede belirti, %9.8'inde ise orta derecede belirti olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Cinsiyet ile çalışanların BKTSA-FDS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $Z=-3.47$ ;  $p=0.00$ ). Buna göre kadınların puan ortalamaları ( $1.33\pm 0.44$ ) erkeklerden ( $1.15\pm 0.34$ ) daha yüksektir (Tablo 3).

Evde el ve bileğini kullanma süresi ile çalışanların BKTSA-FDS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $Z=7.51$ ;  $p=0.02$ ). Evde el bileğini aktif kullanma süresi arttıkça puan da artmıştır (Tablo 3).

El ve bilek için tanı konmuş hastalık varlığı ile BKTSA-SŞS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $Z=1.66$ ;  $p=0.00$ ). Hastalık tanısı olanların puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4).

Çalışanların BKTSA-FDS puan ortalamaları ile BKİ, medeni durum, mesleki deneyim süresi, günlük bilgisayar kullanım süresi, ara vermeden bilgisayar kullanım süresi, iş dışında el bileği aktif kullanımı, el ve bilek için tanı konmuş hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Çalışanların BKTSA-SŞS puanları ile cinsiyet, medeni durum, mesleki deneyim süresi, günlük bilgisayar kullanım süresi, ara vermeden

Tablo 2. Boston Karpal Tünel Sendromu Anketi Puanlarının Dağılımı (n=153)

Boston Karpal Tünel Sendromu Anketi			n	%
Fonksiyonel Skalası	Durum	Zorluk çekmeme (0-8 puan)	95	62.1
		Hafif zorlanma (9-16 puan)	51	33.3
		Orta derece zorlanma (17-24 puan)	6	3.9
		Şiddetli derece zorlanma (25-32 puan)	1	0.7
		Çok şiddetli derecede zorlanma (33-40 puan)	-	-
Semptom Şiddeti Skalası	Durum	Belirti yok (0-11 puan)	65	42.5
		Hafif derecede belirti (12-22 puan)	72	47.0
		Orta derecede belirti (23-33 puan)	15	9.8
		Şiddetli derecede belirti (34-44 puan)	1	0.7
		Çok şiddetli derecede belirti (45-55 puan)	-	-

Tablo 3. Bağımsız Değişkenlerin Boston Karpal Tünel Sendromu Anketi-Fonksiyonel Durum Skalası Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması (n=153)

Özellikler		Ort/ss	Min-maks	Z/x <sup>2</sup>	p
Cinsiyet	Kadın	1.33±0.44	1.00- 3.50	-3.47	<b>0.00</b>
	Erkek	1.15±0.34	1.00-2.50		
Beden Kitle İndeksi	18.5-24.9	1.27±0.38	1.00-2.73	1.74	0.41
	25-29.9	1.21±0.48	1.00-3.09		
	30-39.9	1.17±0.24	1.00-2.00		
Medeni durum	Evli	1.25±0.42	1.00-3.50	-0.46	0.63
	Bekar	1.24±0.00	1.00-2.75		
Mesleki deneyim yılı	0-5	1.25±0.36	1.00-2.50	0.50	0.77
	6-11	1.29±0.58	1.00-3.50		
	12 ve↑	1.21±0.32	1.00-2.50		
Günlük bilgisayar kullanım süresi	4 ↓az	1.06±0.14	1.00-1.38	-1.62	0.10
	4 ve ↑	1.26±0.41	1.00-3.50		
Bilgisayar başında ara vermeden kalma süresi	1-2	1.11±0.23	1.00-1.75	-1.51	0.12
	3 ve ↑	1.26±0.42	1.00-3.50		
İş dışında el-bilek aktif kullanma	Evet	1.28±0.45	1.00-3.50	-.95	0.34
	Hayır	1.15±0.22	1.00-1.88		
Günlük evde el ve bileğini kullanma süresi	4 saatten az	1.17±0.29	1.00-2.50	7.51	<b>0.02</b>
	4 saat	1.36±0.39	1.00-2.13		
	4 saatten fazla	1.46±0.67	1.00-3.50		
El ve bilek için tanı konulmuş hastalık varlığı	Var	1.39±0.65	1.00-3.50	-.73	0.46
	Yok	1.22±0.35	1.00-2.75		

\*Z= Man Whitney U testi, x<sup>2</sup>=Kruskall-wallis testi

bilgisayar kullanım süresi, iş dışında el bileği aktif kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

Boston Karpal Tünel Sendromu Anketinin alt ölçekleri arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Buna göre BKTSA-FDS ile BKTSA-SŞS puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.67; p=0.00). Buna göre çalışanlarda semptomlar attıkça, fonksiyonel durum kapasitesinde yetersizlik artmaktadır.

### Tartışma

Bu çalışma ofis çalışanlarında karpal tünel sendromu semptomları ve fonksiyonel durumu belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Literatürdeki önerilere dayanarak semptom şiddeti ve fonksiyonel durumu değerlendirmek için BKTSA ölçüm aracı olarak kullanılmıştır.<sup>23-25</sup> Çalışmanın örneklemini küçük olduğu için tüm nüfusa genellenemez. Araştırmada, çalışanların %12.4'ünün el bilek hastalığına yönelik tanı aldığı belirlenmiştir. Raman ve ark (2012) çalışmasında<sup>6</sup> bu oran ofis çalışanlarında %18.7 olarak bulunmuş, başka bir

çalışmada farklı sektörlerde çalışanlarda bu oran %4.8-%15 arasında bulunmuştur.<sup>26</sup>

Çalışmada çalışanların tamamına yakınının günde 4 saatten fazla zamanını bilgisayar başında geçirdiği bulunmuştur. Çalışanların hiç ara vermeden bilgisayar başında kalmaları kas iskelet rahatsızlıkları risklerinin artmasına yol açabilir.<sup>22</sup>

Çalışanların BKTSA-FDS puanları ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre kadınların puan ortalaması erkeklerden daha yüksektir. Bu konuda yapılan çalışmalar Karpal Tünel sendromuna yönelik kadınların erkeklerden 3.6 kat daha fazla risk altında olduğu belirlenmiştir.<sup>10, 27, 28</sup>

Çalışmada çalışanların BKİ değerleri ile BKTSA-SŞS ve BKTSA-FDS puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. İdman (2015)'in çalışmasında benzer olarak BKİ değerleri ile ölçek puanları arasında anlamlı fark yoktur.<sup>29</sup>

Çalışanların BKSA-FDS puanları ile evde el ve bileğini aktif kullanma süresi arasında

Tablo 4. Bağımsız Değişkenlerin Boston Karpal Tünel Sendromu Anketi-Semptom Şiddeti Skalası Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması (n=153)

Değişkenler		Ort±ss	Min-maks	Z/x <sup>2</sup>	p
Cinsiyet	Kadın	1.41±0.49	1.00-2.73	0.90	0.39
	Erkek	1.28±0.43	1.00-3.09		
Beden Kitle İndeksi	18.5-24.9	1.35±0.47	1.00-2.73	1.00	0.60
	25-29.9	1.32±0.47	1.00-3.09		
	30-39.9	1.39±0.35	1.00-2.00		
Medeni durum	Evli	1.34±0.46	100-3.09	0.36	0.99
	Bekar	1.35±0.47	1.00-2.73		
Öğrenim durumu	Lise	1.37±0.50	1.00-2.55	-0.14	0.88
	Üniversite	1.34±0.46	1.00-3.09		
Mesleki deneyim yılı	0-5	1.37±0.45	1.00-2.55	0.52	0.77
	6-11	1.32±0.49	1.00-2.73		
	12 ve↑	1.34±0.47	1.00-3.09		
Günlük bilgisayar kullanım saati	4 ↓az	1.26±0.42	1.00-2.36	-0.55	0.57
	4 ve ↑	1.35±0.47	1.00-3.09		
Bilgisayar başında ara vermeden kalma saati	1-2	1.33±0.51	1.00-2.55	-0.30	0.76
	3 ve ↑	1.35±0.46	1.00-3.09		
	1-2	1.28±0.44	1.00-3.09		
	2 ve↑	1.45±0.48	1.00-2.64		
Günde evde el ve bileğini kullanma	4 ↓	1.26±0.36	1.00-2.55	5.20	0.07
	4	1.50±0.58	1.00-2.64		
	4 ↑	1.52±0.63	1.00-3.09		
El ve bilek için tanı konulmuş hastalık varlığı	Evet	1.66±0.53	1.00-2.55	1.66	<b>0.00</b>
	Hayır	1.30±0.44	1.00-3.09		

\*Z= Man Whitney U testi, x<sup>2</sup>=Kruskall-wallis testi

anlamli fark bulunmuştur. Bu fark kadınlardan kaynaklanmaktadır. İş dışında evde ev işleri ile el ve el bileğini tekrarlayan hareketlere maruz kaldığı işlerde sıkça görüldüğü kanıtlanmıştır. Bunu etkileyen faktörler arasında içinde titreşim bulunduran aletlerin sıkça kullanıldığı işleri (mutfak ev aletleri, elektrik süpürgesi vb.) yapmanın etkili olduğu bilinmektedir.<sup>12</sup>

Mesleki deneyim süresi ile BKTSA-FDS ve BKTSA-SŞS puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. İdman (2015) çalışmasında benzer olarak meslekte çalışma yılı ile Karpal Tünel Sendromu belirtileri arasında anlamlı fark bulamamıştır.<sup>29</sup> Bunun nedeninin çalışanların günlük bilgisayar kullanım sürelerinin birbirinden farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada el bilek hastalığı tanısı alan ofis çalışanlarında BKTSA-SŞS puanları daha yüksek olmasına karşın, BKTSA-FDS puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu

sonuç hastalık tanısı almanın ofis çalışanlarında fonksiyonel durumu etkilemediği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışanların BKTSA-SŞS puan ortalamaları ile BKTSA-FDS puan ortalamaları arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu sonuca benzer olarak İlhan (2008) çalışmasında semptom şiddeti ile fonksiyonel durum puanları arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuştur.<sup>30</sup>

### Sonuç ve Öneriler

Çalışma sonucunda, kadınlarda Karpal Tünel Sendromu semptomların daha fazla görüldüğü, fonksiyonlar açısından %33.3'ü hafif derece zorlandığını ifade etmiştir. Çalışanların %47'sinde hafif derecede, %9.8'inde ise orta derecede belirti olduğu bulunmuştur. Karpal Tünel Sendromunun başarıyla yönetilmesinde ergonomik risk faktörleri ve semptomların erken tanınması önemlidir. Ofis çalışanlarına, ofis

ortamında çalışma saatleri içinde ergonomiye uygun davranışların öğretilmesi, özellikle evde el bileğini sık kullanan kadın çalışanlara el bilek egzersizleri öğretilmesi ve araştırmanın daha büyük örneklem grupları ile yapılması önerilebilir.

### Kaynaklar




1. Özgenel GY, Bayraktar A, Özbek S, Akın S, Kahveci R. Karpal tünel sendromu: 92 olgunun geriye dönük değerlendirilmesi [Carpal tunnel syndrome: retrospective analysis of 92 cases]. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi [Journal of Uludağ University Medical Faculty] 2010; 36(3): 95-8.
2. Umay E, Karaahmet ZÖ, Avluk Ö, Çakıcı A. Karpal tünel sendromlu hastalarda kompresyonun şiddeti ile klinik semptomlar, fiziksel, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi bulgularının ilişkisi [Relationship between the severity of compression and clinical symptoms, physical, functional and quality of life findings in patients with carpal tunnel syndrome]. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi [Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation] 2011; 57: 193-200.
3. Öztürk A. Karpal tünel sendromu hastalarında ağrı ve yeti yitiminin yaşam kalitesi üzerine etkileri [Effects of pain and disability on quality of life in patients with carpal tunnel syndrome]. Konuralp Tıp Dergisi [Konuralp Medical Journal] 2013; 5(3): 38-43.
4. Harris-Adamson C, Eisen E, Kapellusch J, Garg A, Hegmann KT, Thiese MS et al. Biomechanical risk factors for carpal tunnel syndrome: a pooled study of 2474 workers. Occup Environ Med 2015; 72(1): 33-41.
5. Dale AM, Harris-Adamson C, Rempel D, Gerr F, Hegmann K, Silverstein B, et al. Prevalence and incidence of carpal tunnel syndrome in us working populations: pooled analysis of six prospective studies. Scand J Work Environ Health; 39(5): 495-505.
6. Raman SR, Al-Halabi B, Hamdan E, Landr MD. Prevalence and risk factors associated with self-reported carpal tunnel syndrome among office workers in Kuwait. BMC Res Notes 2012; 13(5): 289.
7. Öztürk E. Karpal tünel sendromu tanısında ultrasonografinin rolü ve katkıları [Role and contributions of ultrasonography in the diagnosis of carpal tunnel syndrome] [Yüksek Lisans Tezi]. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği [Taksim Training and Research Hospital Radiology Clinic], İstanbul, Türkiye, 2006.
8. Bongers FJ, Schellevis FG, van den Bosch WJ, van der Zee J. Carpal tunnel syndrome in general practice (1981-2001): incidence and role of occupational and non-occupational factors. Br J Gen Pract 2007; 57 (534): 36-9.
9. Bland J. Carpal tunnel syndrome. British Medical Journal 2007; 335 (7615): 343-46.
10. Büyükkoyuncu Pekel N, Şenol N, Yıldız D, Kasım Kılıç A, Kamacı Şener D, Seferoğlu M et al. The diagnostic efficacy of clinical findings and electrophysiological studies in carpal tunnel syndrome. Eur Res J 2017: 1-6.
11. Barcenilla A, March LM, Chen JS, Sambrook PN. Carpal tunnel syndrome and its relationship to occupation: a meta-analysis. Rheumatology 2012; 51(2): 250-61.
12. Uçar M, Vatansever F, Tarık N, Çebici M, Sütbeyaz S, Sarp Ü et al. Karpal tünel sendromu olan hastalarda ortalama trombosit hacmi ve diğer hemogram sonuçlarının karşılaştırılması [The comparison of mean platelet volume and other hemogram results in patients with carpal tunnel syndrome] JCEI 2015; 6(2): 154-58.
13. Kürşad F, Öztura İ, Genç A. Karpal tünel sendromu tanısında subjektif yakınmaların kantitatif olarak kullanılabilirliği [Quantitative employment of subjective complaints in carpal tunnel syndrome diagnosis]. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi [Dokuz Eylul University Medical Journal] 2005; 19(1): 21-9.
14. Güney F, Aydoğdu Kıreşi D, Tüfekçi O, Şahin TK. İdiyopatik karpal tünel sendromlu hastalarda klinik-elektrofizyolojik ve kantitatif MR görüntüleme değerlendirmesi [Clinical-neurophysiological and quantitative MR imaging assessment in patients with idiopathic carpal tunnel syndrome]. Türkiye Klinikleri [J Med Sci] 2014; 34(3): 285-92.
15. Serarslan Y, Melek İM, Duman T. Karpal tünel sendromu [Carpal tunnel syndrome]. Pamukkale Tıp Dergisi [Pamukkale Medical Journal] 2008; 1(1): 45-9.
16. Mediouni Z, Bodin AM, Dale E, Herquelot M, Carton A, Leclerc N et al. Carpal tunnel



- syndrome and computer exposure at work in two large complementary cohorts. *BMJ Open* 2015; 5 (9): 1-9.
17. Carpal tunnel syndrome and computer use-is there a link? Available from: <http://ergo.human.cornell.edu/jamamayocts.html> (Erişim Tarihi: 02.03.2017)
  18. Keogh JP, Gucer PW, Gordon JL, Nuwayhid I. Patterns and predictors of employer risk reduction activities (ERRAs) in response to a work-related upper extremity cumulative trauma disorder (UECTD): reports from workers compensation claimants. *Am J Ind Med* 2000; 38(5): 489-97.
  19. Bekkelund SI, Pierre-Jerome C, Torbergesen T, Ingebrigtsen T. Impact of occupational variables in carpal tunnel syndrome. *Acta Neurol Scand* 2001; 103(3): 193-7.
  20. Roquelaure Y, Ha C, Fouquet N, Descatha A, Leclerc A, Goldberg M et al. Attributable risk of carpal tunnel syndrome in the general population: implications for intervention programs in the workplace. *Scand J Work Environ Health*. 2009; 35(5): 342-8.
  21. Collins RM, Janse Van Rensburg DC, Patricios JS. Common work-related musculoskeletal strains and injuries. *S Afr Fam Pract* 2011; 53(3): 240-6.
  22. Sezgin M, Incel NA, Serhan S, Camdeviren H, As I, Erdoğan C. Assessment of symptom severity and functional status in patients with carpal tunnel syndrome: Reliability and functionality of the Turkish version of the Boston Questionnaire. *Disabil Rehabil* 2006; 28 (20): 1281-5.
  23. Palmer KT, Harris EC, Coggon D. Carpal tunnel syndrome and its relation to occupation: a systematic literature review. *Occup Med* 2007; 57(1): 57-66.
  24. Nathan PA, Meadows KD. Occupation as a risk factor for impaired sensory conduction of the median nerve at the carpal tunnel. *J Hand Surg* 1998; 13(2): 167-70.
  25. Ollivere J, Logan K, Ellahee N, Miller-Jones JC, Wood M, Nairn DS. Severity scoring in carpal tunnel syndrome helps predict the value of conservative therapy. *J Hand Surg* 2009; 34(4): 511-5.
  26. Roscerance JC, Douphrate DI. Carpal tunnel syndrome among dairy workers in large-herd operations in the United States. *Ergonomics, Safety, and Health. International Conference of Agricultural Engineering-CIGR-Ag Eng 2012: Agriculture and Engineering for a Healthier Life, Valencia, Spain, 8-12 July 2012.*
  27. Petit A, Ha C, Bodin J, Rigouin P, Descatha A, Brunet R et al. Risk factors for carpal tunnel syndrome related to the work organization: a prospective surveillance study in a large working population. *Appl Ergon* 2015; 47: 1-10.
  28. Shaffi Ahamed S, Bardeesi Anas M, Altwair Aref A, Al Mubarak Abdulrahman A. Prevalence and associated factors of carpal tunnel syndrome (CTS) among medical laboratory staff at king saud university hospitals, KSA. *Pak J Med Sci* 2015; 31(2): 331-5.
  29. İdman E. Ofis ortamlarında çalışanların karpal tünel sendromuna yakalanma oranları [Carpal tunnel syndrome rate for office workers] [Yüksek Lisans Tezi], İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Istanbul New Century University Institute of Health Sciences], İstanbul, Türkiye, 2015.
  30. İlhan D, Toker S, Kılıncıoğlu V, Gülcan E. Assessment of the boston questionnaire in diagnosis of idiopathic carpal tunnel syndrome: comparing scores with clinical and neurophysiological findings. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 3: 4-9.

## Yoğun Bakımdan Taburcu Olan Tıbbi Teknolojiye Bağımlı Çocuklara Verilen Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

### Evaluation of Home Care Services Given to Medical Technology-Dependent Children That Were Discharged From Intensive Care Unit

Duygu SÖNMEZ DÜZKAYA<sup>a</sup>  Gülçin BOZKURT<sup>b</sup>  Tülay YAKUT<sup>c</sup> 

**ÖZET Amaç:** Bu çalışma, bir üniversite hastanesinin Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinden taburcu edilen tıbbi teknolojiye bağımlı çocuklara verilen evde bakım hizmetlerini değerlendirmek amacıyla yapıldı. **Gereç-Yöntem:** Tanımlayıcı tipte gerçekleştirilen araştırmanın evrenini; İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinden taburcu edildikten sonra evde bakılan 42 hasta, örnekleme ise çalışmaya katılmayı kabul eden 30 hasta oluşturdu. Veriler araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “Veri Toplama Formu” ile elde edildi. Veri toplama formu; hastaların yoğun bakım ünitesine trakeostomi kanül değişimi, nazoduodenal sonda değişimi vb ihtiyaçları nedeniyle getirildiği sırada veya aileler ile yapılan telefon görüşmesi ile araştırmacılar tarafından dolduruldu. **Bulgular:** Çalışma grubundaki çocukların; ortalama yaşının 85.63±58.40 ay olduğu, %56.7’sinin erkek ve %40’ının nörolojik hastalık tanısı ile takip edildiği saptandı. Yoğun bakımdan taburcu edilen çocukların tamamının trakeostomisi olduğu, %96.7’sinin ev tipi mekanik ventilatör kullandığı ve %93.3’ünün enteral yolla beslendiği belirlendi. Taburcu edildikten sonra hastaların %56.7’sinin yoğun bakıma tekrar yattığı belirlendi. Ailelerin %86.7’sinin evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezine başvurduğu ancak yalnızca %36.7’sinin bu birimlerden destek hizmet aldığı ve alınan hizmetin en çok %23.3 oranında tıbbi tedavi veya izlem olduğu görüldü. Evde bakım hizmetleri ekipleri tarafından; trakeostomi değişimi, trakeostomi bakımı, aspirasyon, nazogastrik/orogastrik sonda takma, idrar sondası takma, egzersiz, vücut bakımı vb. yapılmadığı belirlendi. Ailelerin %93.3’ü evde acil durumlarda geri döndürülemeyecek sorunlar ile karşılaşabileceklerini bildirmiştir. **Sonuç:** Yoğun bakımdan taburcu edilen tıbbi teknolojiye bağımlı çocuklar evde bakım hizmetleri ekiplerinden yeterince yararlanamamaktadırlar. Bu hastaların evde bakımları aileleri tarafından yapılmaktadır. Tıbbi teknolojiye bağımlı yoğun bakım hastalarına yönelik evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi önerilebilir. **Anahtar Kelimeler:** Evde bakım, çocuk, tıbbi teknoloji, yoğun bakım

**ABSTRACT Aim:** To evaluate home care services given to medical technology-dependent children that were discharged from Pediatrics Intensive Care Unit of a university hospital. **Material-Method:** The research design was a descriptive study. The target population was 42 patients who were discharged from Pediatric Intensive Care Unit in Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine for home care, and the sample was 30 patients who gave consent for the study. Researchers obtained the data using the “Data Collection Form”, that was prepared in accordance with the literature. Data collection form; were filled in by the investigators at the time of bringing in the intensive care unit of the patients due to the needs of tracheostomy cannula exchange, nasoduodenal probe replacement etc, or by telephone interview with the families. **Results:** The mean age in the study group was 85.63±58.40 months, and 56.7% were male, and 40% were followed-up due to neurologic diseases. All children that were discharged from intensive care unit had tracheostomy, 96.7% of patients used home mechanical ventilator, and 93.3% received enteral feeding. Researchers found that 56.7% were rehospitalised in intensive care after discharge from hospital. Although, 86.7% of families applied to home care health services coordination center, only 36.7% received support services, and the most services with 23.3% was medical treatment or follow-up. Researchers found that home care service team did not perform practises such as tracheostomy tube change, tracheostomy tube care, suction, nasogastric/orogastric catheter insertion, urinary catheter insertion, exercises, body care. Researchers found that 93.3% of families reported that irreversible problems would be experienced at home in case of emergencies. **Conclusion:** Medical technology-dependent children who are discharged from intensive care unit can not benefit enough from home care services teams. The families provide the home care of

Geliş Tarihi/Received: 30-05-2017/ Kabul Tarihi/Accepted:23-09-2017

<sup>a</sup>Dr. İstanbul Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Dekanlık Binası Kat:2 Fatih, İstanbul, Türkiye, Tel: +90 212 414 20 00-31458

e.posta: [dygsnmz@hotmail.com](mailto:dygsnmz@hotmail.com), ORCID ID:0000-0002-1815-8821

<sup>b</sup>Doç. Dr.İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, e.posta: [gbozkurt@istanbul.edu.tr](mailto:gbozkurt@istanbul.edu.tr) ORCID ID:0000-0002-8528-2232

<sup>c</sup> İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

e.posta: [tulayyakut76@yahoo.com.tr](mailto:tulayyakut76@yahoo.com.tr) ORCID ID:/0000-0003-1546-3406

**Sorumlu yazar /Correspondence:** Dr. Duygu Sönmez Düzkaaya, İstanbul Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Dekanlık Binası Kat:2 Fatih, İstanbul, Türkiye,e.posta: [dygsnmz@hotmail.com](mailto:dygsnmz@hotmail.com)

these patients. The development of home care services for intensive care patients dependent on medical technology may be recommended.

**Key words:** Home care, pediatrics, medical technology, intensive care

## Giriş

Yoğun bakım ünitelerindeki teknolojik gelişmeler ve eğitilmiş personel sayısının artmasına paralel olarak kritik hastalar daha uzun yaşamaktadır. Kronik solunum yetmezliği gelişen kritik hasta çocuklarda mekanik ventilatör ile sağlanan solunum desteği standart tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir.<sup>1-3</sup> Kronikleşen yoğun bakım hastalarının sınırlı olan yoğun bakım yataklarını kullanması, ekonomik kayıplar ve hasta yükünün artmasına yol açmaktadır. Sınırlı sayıdaki yoğun bakım yatak kapasitesini daha verimli kullanmak, hastanın aile ortamına dönmesi ile moral desteği sağlamak, yoğun bakımda uzun süre kalmaya bağlı mortalite, morbidite ve sağlık harcamalarını azaltmak, solunum fonksiyonlarını korumak, egzersiz kapasitesini arttırmak, enfeksiyon gibi yatış süresini arttıran komplikasyonları azaltmak ve yaşam kalitesini koruyup yükseltmek amacıyla acil durum ve yaşamsal fonksiyonları düzelen, stabil yoğun bakım hastasının evde bakımı önerilmektedir.<sup>1,3-5</sup>

Yoğun bakım teknolojilerinin gelişmesi ile birlikte birçok ülkede ev tipi mekanik ventilatöre bağlı hasta sayısının giderek arttığı bildirilmektedir.<sup>2</sup> Ancak, ev tipi mekanik ventilatöre bağlı hasta sayısı ile ilgili veriler oldukça faklılık göstermektedir. Amerika ve Avrupa'da evde ventilatöre bağlı bakım verilen hasta sayısının giderek arttığı bildirilmektedir. Evde bakılan hastalara ait veriler değerlendirildiğinde; Avrupa genelinde her 100.000 kişiden 6.6'sının<sup>6</sup>, Avustralya'da 9.9'unun, Yeni Zelanda'da 12'sinin<sup>7</sup> evde mekanik ventilatöre bağlı yaşadığı belirlenmiştir.<sup>8</sup> Polonya'da evde ventilatöre bağlı olan hastaların %3'ünün çocuk hasta olduğu bildirilmiştir.<sup>8</sup> Türkiye'de ventilatöre bağlı evde bakılan çocuk sayısı bilinmemektedir.<sup>9</sup>

Ülkemizde taburculuk planlamasının ve evde bakım hizmetlerinin yeterli olmaması nedeniyle hastaların hastanede kalış süreleri uzamaktadır.<sup>3</sup> Kronik hastalığı olan ve uzun süreli bakım gereksinimi olan hastaların hastane yerine evde bakılmasının sağlık finansmanı açısından avantajlı olduğu vurgulanmaktadır. Amerika'da mekanik ventilatöre bağlı yoğun bakım hastasının günlük bakım maliyetinin 600-

aylık sağlık bakım maliyetinin 21,570 dolar olduğu, bu hastaların evde bakımında ise 7,050 dolar harcadığı ve evde bakımda teşvik edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.<sup>12</sup>

Kronik ventilasyon tedavisi gereken çocuklar evde bakım için gerekli araçlar temin edilerek eve taburcu edilmektedir.<sup>3,5</sup> Ev tipi ventilatörlerin gelişmesi, pratikleşmesi, kullanım kolaylığı ve anlaşılabilirliğinin artması ile hastanın bakımını evde sürdürme isteği artmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin gelişmesi ile çocukların eve taburculuğunun kolaylaşacağı, hastane tekrar yatışlarının azalacağı gösterilmiştir.<sup>13</sup> Tıbbi teknolojiye bağımlı çocuklara verilen evde bakım hizmetleri ile ilgili mevcut durumun ve yaşanan güçlüklerin belirlenmesi, yoğun bakımdan taburcu edilen hastalara daha kaliteli hizmet verilmesine katkı sağlayacaktır.

Bu çalışma bir üniversite hastanesinin çocuk yoğun bakım ünitesinden taburcu edilen, tıbbi teknolojiye bağımlı çocuklara verilen evde bakım hizmetlerini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

## Yöntem

**Araştırmanın tipi:** Tanımlayıcı özellikteki araştırmanın verileri, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinden taburcu edilen, evde bakılmakta olan çocukların ailelerinden elde edildi.

**Araştırma evreni ve örnekleme:** Araştırmanın evrenini; İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinden taburcu edildikten sonra evde bakılan 42 çocuğun ailesi, örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden 30 çocuğun ailesi oluşturdu. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeden, iletişim kurulabilen, çalışmaya katılmayı kabul eden bütün aileler çalışmaya dahil edildi. 12 aile görüşmeyi kabul etmediği için çalışma dışında bırakıldı. Örneklem grubundaki ailelerin 26'sı İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesine uzak ilçelerde (Eyüp, Esenler, Bağcılar, Sultangazi, Küçükçekmece, Halkalı, Büyükçekmece, Avcılar, Kayaşehir, Hadımköy,

Kağıthane, Taksim, Şişli, Okmeydanı, Ümraniye, Beykoz), 2'si hastanenin bulunduğu ilçe veya yakınında (Fatih, Zeytinburnu) ve 2'si ise şehir dışında yaşamakta idi.

**Veri toplama:** Araştırmada veriler araştırmacılar tarafından literatürden yararlanarak<sup>2,6,8,13</sup> oluşturulan "Veri Toplama Formu" kullanılarak elde edildi. Veri toplama formu 28 sorudan ve üç bölümden oluştu. Birinci bölümde çocuk ve aileye yönelik tanıtıcı bilgileri içeren sorular (çocuğun yaşı ve hastaneye yatış tanısı, ebeveynlerin yaşı, eğitim düzeyi vb.), ikinci bölümde hastanede yapılan uygulamalara yönelik sorular (taburculuğa hazır olma durumu, kullanılan cihazlar, eve taburculuk şekli vb.) ve üçüncü bölümde ise taburculuk sonrasında yaşananlara (evde bakım hizmetlerine ilişkin sorular, ailelerin evde bakım ile yoğun bakımın avantaj ve dezavantajlarına ilişkin görüşleri vb.) ilişkin kapalı uçlu sorular yer aldı. Veri toplama formu; hastaların yoğun bakım ünitesine trakeostomi kanül değişimi, nazoduodenal sonda değişimi vb ihtiyaçları nedeniyle getirildiği sırada veya aileler ile yapılan telefon görüşmesi ile araştırmacılar tarafından dolduruldu. Her bir soru formunun doldurulması ortalama 15 dk sürdü.

**Verilerin analizi:** Elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 21.0 paket programında; sayı, yüzde ve ortalama istatistiksel testler kullanılarak analizleri yapıldı.

**Çalışmanın etik yönü:** Çalışmanın yapılabilmesi için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinden ve hastane yönetiminde gerekli kurum izinleri alındı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulundan etik kurul onayı (Karar No:12) alındı. Çalışmaya katılımında gönüllülük ilkesine dikkat edilerek, çalışma öncesinde ailelere çalışmanın amacı ile ilgili bilgi verildi ve bilgilendirilmiş olur doğrultusunda yazılı ve sözlü onamları alındı.

**Araştırmanın Sınırlılıkları:** Araştırmanın bulguları, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinden taburcu edilen çocukların ailelerinden alındığından ülke geneline yansıtılamaz.

## Bulgular

Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinden taburcu edilen ve evde bakılan çocukların; ortalama yaşının  $85.63 \pm 58.40$  (min-max:15-216) ay, %56.7'sinin (n=17) erkek ve %43.3'ünün (n=13) kız olduğu, annelerin ortalama yaşının  $35.13 \pm 6.48$  (min-max:28-53) yıl, babaların ortalama yaşının ise  $39.23 \pm 6.38$  (min-max: 28-53) yıl olduğu saptandı.

Çalışma grubundaki çocukların tanıları incelendiğinde; %40'ının (n=12) nörolojik hastalık, %36.7'sinin (n=11) metabolik hastalık, %10'unun (n=3) suda boğulma ve %6.7'sinin (n=2) post-op ekstübe olamama ve enfeksiyon hastalığı tanıları ile yoğun bakım ünitesinde tedavi olduğu belirlendi.

Tablo 1. Tıbbi Teknolojiye Bağımlı Çocuklar ve Ailelerin Özellikleri (n=30)

Özellikler	Dağılım aralığı	Ort±SS
Yoğun bakımda yatma süresi (gün)	15-180	64.43±42.45
Serviste yatış süresi (gün)	7-210	46.78±58.78
Evde bakım süresi (ay)	4-94	27.40±21.16
	n	%
Annenin eğitimi	16	53.3
İlköğretim	9	30.0
Ortaöğretim	5	16.7
Yükseköğretim		
Babanın eğitimi	9	30.0
İlköğretim	14	46.7
Ortaöğretim	7	23.3
Yükseköğretim		
Ebeveynlerin çalışma durumu		
Anne çalışmıyor	30	100
Baba çalışmıyor	3	10
Aile Tipi		
Çekirdek aile	27	90
Geniş aile	3	10
Ailenin gelir durumu		
Gelir giderden az	15	50
Gelir gidere denk	14	46.7
Gelir giderden fazla	1	3.3

Ailelere ilişkin tanımlayıcı özellikler tablo 1'de verilmiştir. Yoğun bakım sonrası evde bakılan çocukların; yoğun bakımda ortalama  $64.43 \pm 42.45$  (min-max: 15-180) gün yattığı,

evde ise ortalama 27.40±21.16 (min-max:4-94) ay bakıldığı saptandı (Tablo 1).

Tablo 2. Evde Bakıma Yönelik Taburculuğa Hazırlık (n=30)

Hazırlık özellikleri	n	%
Evde kullanılan destek sistemleri		
Trakeostomi	30	100
Ev tipi mekanik ventilatör	29	96.7
Gastrostomi	11	36.7
Nazogastrik/ orogastrik	17	56.7
Evde bakıma kim hazırladı	24	80.0
Hemşireler	6	20.0
Doktorlar		
Hastaneden taburculukta eve gidiş şekli		
Kendi imkânları	7	23.3
Evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezinin desteği	19	63.3
112 ambulansı	2	6.7
Belediye ambulansı		
Taburculuğa hazır olma durumları		
Taburculuğa hazır	22	73.3
Taburculuğa hazır değil	8	26.7
Taburculuktan sonra tekrar yoğun bakıma yatma	17	56.7
Tekrar yatış var	13	43.3
Tekrar yatış yok		
Taburculuktan sonra tekrar yoğun bakıma yatma (n=17)	8	26.7
1 kez yoğun bakıma yattı	3	10.0
2 kez yoğun bakıma yattı	6	20.0
3 kez ve daha fazla yoğun bakıma yattı		
Taburculuğa hazırlanırken ebeveynlere verilen eğitimler	30	100
Bakım uygulamaları	30	100
Kullanılan araçlar	30	100
Acil durumda yapılacaklar	30	100
Aspirasyon	30	100
Beslenme	28	93.3
Tedavi uygulamaları	28	93.3
Trakeostomi bakımı	27	90.0
Yara bakımı ve enfeksiyonları önleme	19	63.3
Temel yaşam desteği uygulamaları		

Tablo 2'ye bakıldığında; çocukların tamamının trakeostomi ile taburcu edildiği, %96.7'sinin ev tipi mekanik ventilatör kullandığı ve %93.3'ünün enteral beslenme destek sistemlerini kullandığı görüldü (Tablo 2). Evde

bakılan çocukların %6.6'sının (n=2) oral olarak beslendiği belirlendi.

Taburculuğa hazırlanırken bakım verecek ebeveynlere verilen eğitimler incelendiğinde; bakım uygulamaları, kullanılan araçlar, acil durumda yapılacaklar, aspirasyon ve beslenme konularında ailelerin tamamına bilgi verildiği, %93.3'üne (n=28) tedavi uygulamaları ve trakeostomi bakımı ve %90'nına (n=27) yara bakımı ve enfeksiyonları önlemeye yönelik eğitimleri verildiği belirlendi (Tablo 2).

Tablo 3. Evde Bakım Hizmetlerine İlişkin Bilgi ve Yararlanma Durumu (n=30)

Hizmetlerden yararlanma durumu	Evet % (n)	Hayır % (n)
Evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezinin numarasını biliyor mu?	50.0 (15)	50.0 (15)
Evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezine başvurmuş mu?	86.7 (26)	13.3 (4)
Evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezinden hizmet alıyor mu?	36.7 (11)	63.3 (19)
24 saat arayabileceği evde bakım ekibi var mı?	-	100 (30)
Evde bakım ve tedavi için gerekli tıbbi cihaz/ malzeme ve ilaçlara kolay ulaşıyor mu?	86.7 (26)	13.3 (4)
Çocuğun bakımı için maddi destek alıyor mu?	60.0 (18)	40.0 (12)

Taburculuk sonrası çocuğun bakımının, %90 (n=27) anneler, %10 (n=3) babalar tarafından yapıldığı, hiçbir çocuğun bakımını destekleyen bakıcısının olmadığı saptandı. Tablo 3'te evde bakım hizmetlerinden yararlanma durumuna ilişkin veriler incelendiğinde; ailelerin %86.7'sinin evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezine başvurduğu, ancak %36.7'sinin evde sağlık bakım hizmetlerinden yararlandığı görüldü (Tablo 3). Taburcu olduktan sonra evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezi tarafından çocuğa verilen hizmetler irdelendiğinde; ailelerin %60'ı (n=18) hiçbir hizmet verilmediğini, %23.3'ü (n=7) tıbbi tedavi/takip, %6.7'si (n=2) fizyoterapi, %6.7'si (n=2) bakım hizmeti ve bir kişinin de ambulans hizmeti almış olduğu belirlendi. Evde bakım

hizmetleri ekipleri tarafından verilen hizmetler değerlendirildiğinde; sekiz hastanın laboratuvar tetkikleri için kanının alındığı, iki hastaya yara bakımı yapıldığı ve bir hastaya ise psikolojik destek verildiği görüldü. Ailelerin evde bakım hizmetleri ekipleri tarafından; trakeostomi değişimi, trakeostomi bakımı, aspirasyonu, nazogastrik/rogastrik sonda takma, idrar sondası takma, egzersiz, vücut bakımı vb. yapılmadığını ifade ettikleri ve bu uygulamaları kendilerinin yaptığı ya da tekrar bu işlemler için hastaneye geldikleri belirlendi.

Tablo 4. Ebeveynlerin Evde Bakım ile Yoğun Bakımın Avantaj ve Dezavantajlarını Karşılaştırmalarına Yönelik Görüşleri (n=30)

Aile görüşleri	Yoğun bakım % (n)	Evde bakım % (n)
Hasta daha fazla risk altında	70.0 (21)	30.0 (9)
Aile üyelerinde stres yaratabilir	80.0 (24)	20.0 (6)
Acil durumlarda geri döndürülemeyecek sonuçlar olabilir	6.7 (2)	93.3 (28)
Enfeksiyon daha az görülür	23.3 (7)	76.7 (23)
Tedavi ve bakım maliyeti daha düşüktür	73.0 (22)	26.7 (8)
Hastalar fonksiyonel olarak gerçek ortamlarında değerlendirilir	-	100 (30)
Hastanın yaşam kalitesi artar	-	100 (30)
İyileşme daha hızlı olur	10.0 (3)	90.0 (27)
Hastanın sorunları daha erken saptanır	26.7 (8)	73.3 (22)
Ölmek üzere olan hastaların fiziksel ve psikolojik rahatlığı desteklenir	40.0 (12)	60.0 (18)

Tablo 4'te ebeveynlerin evde bakım ile yoğun bakımın avantaj ve dezavantajlarını karşılaştırmalarına yönelik görüşleri incelendiğinde; yoğun bakımda ailelerin; %70'i hastaların daha fazla risk altında olduğunu ve %80'i aile üyelerinde stres olacağını yoğun bakım için

dezavantaj olarak belirttikleri saptandı. Evde bakım açısından ise %93.3'ü evde acil durumlarda geri döndürülemeyecek sonuçların olacağını dezavantaj olarak ifade ettikleri belirlendi (Tablo 4).

### Tartışma

Uzun süreli tıbbi teknolojiye bağımlı, stabil hastaların yaşam kalitelerini arttırmak, bakım maliyetlerini azaltmak ve yoğun bakım yataklarını etkin bir şekilde kullanmak için evde bakılmasının daha uygun olduğu vurgulanmaktadır.<sup>14</sup> Ancak evde bakılacak yoğun bakım hastalarının ev koşullarının hastaya uygun hazırlanması, hastaya bakacak kişilerin eğitilmesi, hastanın ve ailesinin gereksinimi olan evde sağlık hizmetleri desteğinin sağlanması gerekmektedir.

Bu çalışmada yoğun bakım ünitesinden taburcu edilen ve ev tipi mekanik ventilatöre bağlı olduğu için evde bakım gereksinimi olan çocukların %40'ının nörolojik hastalık tanısı ile taburcu edildiği belirlenmiştir. Ülgen Tekerek ve ark.<sup>1</sup> ev tipi mekanik ventilatöre bağlı hastalarının %86.7'sinin ilk sırada nörolojik hastalıklar tanısı ile taburcu edildiğini saptamıştır. Evde mekanik ventilatöre bağımlı olan hastaların Polanya'da %34<sup>8</sup> ve Avustralya'da ise %30 oranında ilk sırada nörolojik hastalık tanısı olduğu bildirilmektedir.<sup>7</sup> Benzer hasta sonuçları ile karşılaştırıldığında, ev tipi mekanik ventilatöre bağlı hastaların en çok nörolojik hastalık tanısı aldığı görülmektedir.

Yoğun bakımdan taburcu olan tıbbi teknolojiye bağımlı hastalar evde bakım ihtiyacı olan en kompleks hastalardır. Bu hastaların genelde ciddi beslenme ve solunumsal problemleri mevcuttur.<sup>13</sup> Ayar ve ark.<sup>13</sup> evde bakılan çocukları değerlendirdiği çalışmada, hastaların %71.4'ünün gastrostomi, nazogastrik sonda ve ev tipi ventilatör gibi en az bir tıbbi teknolojiye bağımlı olduğunu belirlemiştir. Çalışma grubumuzdaki hastaların; tamamının trakeostomili, %96.7'si ev tipi mekanik ventilatöre bağlı ve %93.4'ünün gastrostomi veya nazogastrik yolla enteral olarak beslendiği saptandı. Yoğun bakımdan taburcu edilen hastaların evde bakılan diğer hasta gruplarına göre daha çok tıbbi teknolojilere (mekanik ventilatör, enteral beslenme) bağımlı olduğu ve evde bakım gereksinimlerinin daha fazla olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Tıbbi teknolojiye bağımlı hastanın evde bakımını gerçekleştirecek kişilerin hazır olması ya da isteksiz olmaları stabil yoğun bakım

hastalarının hastanede yatış süresini uzatmaktadır. Ülgen Tekerek ve ark.<sup>1</sup> Erciyes Üniversitesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinden Ev Tipi Mekanik ventilatör (EMV) ile taburcu ettikleri 29 çocuk hastanın yoğun bakımda ortalama 75 gün yattığını saptamıştır. Hastalarımızın yoğun bakımda ortalama yatış süresi 64.43±42,45 gün idi. Sağlıkta dönüşümle birlikte stabil yoğun bakım hastalarının hastanede yatış süresinin kısa tutulması, evde bakımının desteklenmesi önerilmektedir. Ülkemizde yoğun bakımdan taburcu edilen tıbbi teknolojiye bağımlı hastanın eve geçiş süresini kısaltacak çalışmalar yapılması gerekmektedir. Evde bakım hastalarına yönelik bakım gereksinimini karşılayacak hizmetler geliştirilmelidir.

Yoğun bakımdan eve geçen tıbbi teknolojiye bağımlı hastanın tedavi ve bakımı, yoğun bakım ekibi ve evde bakım hizmetlerini yürüten ekibin işbirliği ile yürütmelidir.<sup>15,16</sup> Stabil yoğun bakım hastasının eve geçişi için hastanın, ailenin ve ev ortamının hazırlanması gerekmektedir. Ülgen Tekerek ve ark.<sup>1</sup> yoğun bakımdan taburcu olacak hastaların ailelerine evde yapılacak tedavi ve bakımlar ile ilgili yapılan bir haftalık eğitim sonunda; aspirasyon, trakeostomi ve postural drenajı başarı ile yapabildiklerini saptamıştır. Ünitimizde takip edilen çocuklara trakeostomi açılma kararı alındığı andan itibaren, ailelere trakeostomi açılma nedeni ve yapılan işlemler hakkında bilgi verilerek, bakıma katılmaları sağlanmaktadır. Ailelerin tamamı kendilerine taburculuğa hazırlık kapsamında; bakım uygulamaları, kullanılan araçlar, acil durumda yapılacaklar, temel yaşam desteği, aspirasyon ve beslenme konularında bilgi verildiğini; tedavi uygulamaları ve trakeostomi bakımı %93.3, yara bakımı ve enfeksiyonları önleme %90 ve temel yaşam desteği uygulamaları konusunda ise %63.3'ü bilgilendirildiklerini belirtmiştir. Yoğun bakımdan taburcu edilen tıbbi teknolojiye bağımlı hastanın evde bakımı daha fazla deneyim gerektirmektedir. Ailelerin beceri kazanması için aile merkezli bakım yaklaşımı kapsamında hastanın yoğun bakıma kabul edildiği andan itibaren bakıma katılması önerilmektedir.<sup>4</sup> Tıbbi teknolojiye bağımlı hasta ailelerinin evde bakıma hazırlanmasına yönelik yapılan eğitimler ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Bu konuda yapılan eğitimlerin daha fazla deneysel çalışmalar ile test edilmesi önerilebilir.

Ülkemizde illerde Sağlık Müdürlükleri bünyesinde Evde Sağlık Hizmetleri Koordi-

nasyon Merkezleri bulunmaktadır.<sup>5</sup> Evde sağlık hizmetine ihtiyacı olanlar toplum sağlığı merkezlerine, aile hekimlerine veya Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna eğitim araştırma hastanelerinde kurulmuş olan evde sağlık hizmeti birimlerine telefonla, sözlü veya yazılı olarak başvurmaktadır. Birim, randevu sistemi ile mesai saatleri içinde çalışmaktadır.<sup>5</sup> Hastanın merkeze başvurusundan itibaren hastaya evde bakım hizmetinin aile hekimi tarafından mı yoksa sağlık kurumu bünyesinde çalışan birim tarafından mı verileceğine karar verilmektedir.<sup>13</sup> Ailelerin %86.7'sinin evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezine başvurduğu ancak yalnızca %36.7'sinin bu birimlerden hizmet aldığı ve alınan hizmetin en çok %23.3 oranında tıbbi tedavi veya izlem hizmeti olduğu görülmüştür. Aileler taburculuğa hazırlansalar bile ülkemiz şartlarında en azından ilk bir ay hasta ve ailenin evde bakıma uyumunu sağlamak için evde hemşirelik bakımı verilmesi önerilmektedir.<sup>1</sup>

Ülkemizde tıbbi teknolojiye bağımlı hastaların evde bakımını destekleyecek, tecrübeli evde bakım ekipleri yoktur. Bu hastaların bakımları aileler tarafından yapılmaktadır. Ayar ve ark.<sup>13</sup> evde bakılan çocuk hastaların bakımı ile ilgilenen birincil kişilerin çoğunlukla anneler olduğunu saptamıştır. Karataş (2011)<sup>18</sup> Rize'de yaptığı çalışmada engelli çocukların çoğunlukla anneler tarafından bakıldığını belirlemiştir. Çalışma grubumuzdaki çocuklara benzer şekilde (%90) anneler tarafından bakılmakta olduğu saptanmıştır. Annelerin tamamının çalışmıyor olması ve babaların çalışıyor olması da bunu etkilemiş olabilir.

Tıbbi teknolojiye bağımlı hastalarının evde bakımını yapabilecek nitelikte 24 saat hizmet verebilecek hemşire veya doktorun olmaması nedeniyle bu hastaların evde bakımında ciddi sorunlar yaşanmakta ve komplikasyonlarla yoğun bakıma tekrarlayan başvurular artmaktadır.<sup>4,16</sup> Yoğun bakımdan taburcu olduktan sonra evde bakılmakta olan hastaların %56.7'sinin yoğun bakıma tekrarlayan yatışları olmuştu. Ülkemizde evde bakım hizmeti veren ekibin ve evde bakım hizmetlerinin tıbbi teknolojiye bağımlı hastaların bakımı konusundaki yeterliliklerin gözden geçirilmesi ve bu konuda daha donanımlı hale getirilmeleri önerilebilir.

Uzun süre yoğun bakımda kalmaya bağlı gelişen enfeksiyonların yatış süresini arttırdığı bilinmektedir. Hastane enfeksiyonlarından korunmak için stabil yoğun bakım hastasının evde

bakımı önerilmektedir.<sup>19</sup> Evde bakılan hastalarda enfeksiyonların daha az olduğu bildirilmektedir.<sup>1</sup> Sovtic ve arkadaşları (2012)<sup>20</sup> mekanik ventilatöre bağımlı çocuklarda evde bakımın hastane enfeksiyonlarını önlediğini belirlemiştir. Ülgen Tekerek ve ark.<sup>1</sup> ve Sovtic ve ark.<sup>20</sup> nin sonuçlarına benzer şekilde çalışma grubumuzdaki ailelerin %76.7'si evde enfeksiyonun daha az görüleceğini bildirmiştir.

Yoğun bakım üniteleri çocukların fizyolojik ve psikososyal açıdan gelişmelerine uygun değildir. Evde bakımın hastanedeki bakıma göre hasta ve aile için daha bağımsız olma ve yaşam kalitesinin artması için daha uygun olduğu bildirilmektedir.<sup>13-15</sup> Literatürle uyumlu olarak ailelerin tamamı evde bakılan hastanın yaşam kalitesinin daha iyi olacağını, %90'ı iyileşmesinin daha hızlı olduğunu ve %60'ı ölmek üzere olan hastalar için fiziksel ve psikolojik rahatlığın evde sağlanacağını belirtmiştir.

Hastaların evde bakım maliyetlerinin, hastanede kalış maliyetlerine göre çok daha düşük olduğu, evde bakım hizmetlerinin amacının sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmek ve verimini artırmak olduğu bildirilmektedir. Finansal kaynakların kıt olduğu gelişmekte olan ülkeler için evde bakımın desteklenmesi önerilmektedir. Evde bakım hizmetlerinin kamu kaynaklarıyla finanse edilmesi, sağlık giderlerinin kontrol altına alınması ve yataklı tedavi hizmetleriyle ilgili giderlerin azaltılması açısından önemlidir.<sup>15</sup> Ülkemizde Sağlık Bakanlığı birimlerince verilen evde bakım hizmetlerinde, hastalara yapılacak olan harcamalar günü birlik tedavi kapsamında, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmektedir. Bu hastaların muayene, tedavi ve bakımında kullanılacak malzemelerine para ödememesi için evde bakım hizmetinin hastanelere bağlı evde sağlık birimlerinden alması gerekmektedir.<sup>5</sup> Amerika'da yoğun bakımda mekanik ventilasyondaki günlük hasta bakımı maliyetinin 600-1500 dolar arasında değiştiği,<sup>10,11</sup> aylık sağlık bakım maliyetinin 21,570 dolar olduğu, bu hastalar evde bakıldığında aylık 7,050 dolara mal olduğu bildirilmektedir.<sup>12</sup> Çalışma grubumuzdaki ailelerin %73'ü tedavi ve bakım maliyetinin yoğun bakımda daha düşük olduğunu belirtmişti. Ottonello ve ark.<sup>14</sup> ve Ülgen Tekerek ve ark.<sup>1</sup> evde mekanik ventilasyon (EMV) uygulanan hastalar için maliyet analizi yapmış, her iki araştırmacı EMV uygulanan hastalara evde profesyonel hemşirelik bakım desteği eklen-

diğinde dahi evde bakımın daha ekonomik olduğunu belirlemiştir. Hasta grubumuzda evde bakım ve yoğun bakımdaki bakım ile ilgili bir maliyet analizi yapılmamıştır. Ailelerin evde bakımı daha maliyetli olarak algılamasında, hastaların bakımında kullanılan birçok malzemenin aileler tarafından ücretli alınması, sosyal güvenlik kurumundan karşılanmamış olması etkilemiş olabilir. Ülkemizde hastaların yoğun bakım ve evde bakımındaki günlük veya aylık maliyetlerinin belirlenmesi için daha detaylı çalışmaya gereksinim vardır.

Ülkemizde bakıma muhtaç hastaya bakmakla yükümlü olan kişilere aynı evde yaşaması koşulu ile ücret ödenmektedir.<sup>13,17</sup> Hastalarımızın ailelerinin %60'ı çocuklarının bakımı için maddi destek aldığını belirtmiştir. Ayar ve ark. (2015)'nin Ankara'da yaptığı çalışmada ailelerin %90.5'inin bakıcı maaşı aldığını saptamıştır.<sup>13</sup> Bu çalışma ile karşılaştırıldığında çalışmamızda maddi destek alan ailelerin oranının daha düşük olduğu saptandı. Bu farkın ailelerin sosyal hakları konusundaki farkındalığının düşük olması veya bakıcı maaşı almaya yönelik kriterleri karşılayamamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Evde bakımın iyi bir eğitim ve ciddi kontrol gerektirdiği, kompleks hastalara acil durumlarda hemen müdahale edecek profesyonel kişilerin olmaması veya ailenin eğitilmemesi durumunda hastaların tedavisinde sorunlar olabileceği, kritik durumlarda geri döndürülemeyecek sonuçlara yol açabileceği bildirilmektedir.<sup>5,13,21</sup> Literatürde belirtildiği gibi çalışma grubumuzdaki ailelerinde büyük çoğunluğu (%93.3) evde acil durumlarda geri döndürülemeyecek sonuçlar olacağını belirtmişti. Yoğun bakımdan taburcu edilen hasta evde bakılmaya başlandığında olası riskleri erkenden belirlemek için bakımdan sorumlu kişilerin eğitilmesi, hastaların yakından veya görüntülü olarak izlenmesi için takip sistemleri olmalıdır. Ancak ülkemizde halen bu hastaların izlenmesi için uygun bir sistem bulunmamaktadır ve bu büyük bir gereksinimdir.

**Sonuç:** Evde bakılan tıbbi teknolojiye bağımlı, komplike hasta çocukların sayısı her geçen gün artmaktadır. Yoğun bakımdan taburcu edilen teknolojiye bağımlı çocuklar evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezinden yeterince destek alamamaktadır. Bu hastaların evde bakımları aileleri tarafından yapılmaktadır. Tıbbi teknolojiye bağımlı çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel



tüm boyutlarıyla değerlendirilmesi ve planlı bir ekip çalışması yapılması gerekmektedir. Tıbbi teknolojiye bağımlı hastaların evde bakımında yaşanan güçlüklerin değerlendirildiği çok merkezli, kapsamlı çalışmaların yapılması ve ülkemiz için evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi önerilebilir.

### Kaynaklar

1. Ülgen Tekerek N, Dursun A, Akyıldız BN. Çocuklarda ev tipi mekanik ventilasyon uygulamaları:Erciyes Üniversitesi deneyimi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 2017;15 (1):28-33.
2. Preutthipan A. Home mechanical ventilation in children. Indian J Pediatr. 2015;82 (9):852-859.
3. Köroğlu T, Bayrakçı B, Dursun D, Kendirli T, Yıldızdaş D, Karaböcüoğlu M. Çocuk yoğun bakım birimleri için kılavuz:çocuk acil tıp ve yoğun bakım derneği önerileri. Türk Pediatri Arşivi, 2006;41:139-145.
4. Sönmez Düzkaya D, Bozkurt G. Yoğun Bakım Hastasının Evde Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 2012;16(1):21-8
5. Aksoy H, Kahveci R, Şencan İ, Kasım İ, Özkara A. Evde bakım hizmetlerine genel bakış ve Türkiye'deki mevcut durum. Turk Med J, 2015; 7(2): 162-168.
6. Lloyd-Owen SJ, Donaldson GC, Ambrosino N, Escarabill J, Farre R, Fauroux B, et al. Patterns of home mechanical use in Europe: Results from the Eurovent survey. Eur Respir J, 2005;25(6):1025-31.
7. Garner DJ, Berlowitz DJ, Douglas J, Harkness N, Howard M, McArdle N, et al. Home mechanical ventilation in Australia and New Zealand. Eur Respir J, 2013; 41: 39-45.
8. Nasilowski J, Szkulmowski Z, Migdal M, Andrzejewski W, Drozd W, Czajkowska-Malinowska M, et al. Prevalence of home mechanical ventilation in Poland. Pneumonol. Alergol. Pol, 2010;78, 6: 392-398.
9. Oktem S, Ersu R, Uyan ZS, Cakir E, Karakoc F, Karadağ B, et al. Home ventilation for children with choronic respiratory failure in Istanbul. Respiration 2008;76:76-
- 10.Kahn JM, Rubenfeld GD, Rohrbach J, Fuchs BD. Cost savings attributable to reductions in intensive care unit length of stay for mechanically ventilated patients. Med Care, 2008; 46:1226 -1233
- 11.Dasta JF, McLaughlin TP, Mody SH, Piech CT. Daily cost of an intensive care unit day: The

contribution of mechanical ventilation. Crit Care Med, 2005; 33:1266 -1271.

- 12.National Association for Homecare and Hospice: Basic Statistics About Home Care; Updated 2008. Washington, DC. The National Association for Home Care and Hospice; 2008.
- 13.Ayar G, Şahin Ş, Uysal Yazıcı M, Gündüz RÇ, Yakut Hİ, Demirel F. Çocuk Hastalarda Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 2015; 1: 12-17
- 14.Ottonello G, Ferrari I, Pirroddi IMG, Diana MC, Villa G, Nahum L, et al. Home mechanical ventilation in children: retrosceptive survey of a pediatric population. Pediatrics International, 2007;49, 801-805.
- 15.Özer Ö, Şantaş F. Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 3(2): 96-103.
- 16.Elias ER, Murphy NA. Home care of children and youth with complex health care needs and technology dependencies. Pediatrics, 2012;129:996-1005.
- 17.Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013). Resmi Gazete, Basım tarihi: 19.01.2011, Bölüm 2;119:6:1.
- 18.Karataş Z. Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Moral ve Manevi Değerlerinin Başa çıkmadaki Etkisi. Rize Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Rize
- 19.Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S ve ark. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. Istanbul Med J, 2010;11(3):125-132.
- 20.Sovtic A, Minic P, Vukcevic M, Markovic-Sovic G, Rodic M, Gajic M. Home mechanical ventilation in children is feasible in developing countries. Pediatr Int, 2012;54:676-81.
- 21.McIntosh J, Runciman P. Exploring the role of partnership in the home care of children with special health needs: Qualitative findings from two service evaluations. Int J Nurs Stud, 2008;45:714-26.

**Preterm Bebeği Olan Annelere Yapılan Taburculuk Eğitimi ve Ev Ziyaretlerinin  
Bebeğin Büyüme –Gelişmesine ve Annelerin  
Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri Üzerine Etkisi\***

**The Effect of Discharge Planning and Home Visits on Growth and Development of  
the Babies and Problem Solving Skills of Their Mothers**

Serap BALCI<sup>a</sup>  Suzan YILDIZ<sup>b</sup> 

**ÖZET Amaç:** Preterm bebeği olan annelere yapılan taburculuk eğitimi ve ev ziyaretlerinin bebeğin büyüme– gelişmesine ve annelerin bakım sorunlarını çözme becerilerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Deneysel ve izlemsel tipteki çalışma, İstanbul’daki 3 hastanenin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenen 63 anne (deney=31; kontrol=32) ve 75 preterm bebeği (deney=37; kontrol=38) ile gerçekleştirildi. Deney grubu annelere taburculuktan önce preterm bebeğin bakımına yönelik hazırlanan 3 oturum şeklinde bir eğitim programı düzenlendi. Taburculuktan sonra ise hem deney hem de kontrol grubuna toplam 4 kez ev ziyareti yapıldı. Ziyaret sırasında annelere “Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu (SÇBDF)” ve bebeklere ise “Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)” uygulandı ve bebeğin antropometrik ölçümleri alınarak kaydedildi. **Bulgular:** Deney grubundaki bebeklerin AGTE’den aldıkları genel gelişim puanı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek idi ( $p < 0.001$ ). SÇBDF’den deney grubu annelerin  $184.1 \pm 17.4$  puan, kontrol grubu annelerin  $155.2 \pm 22.0$  puan aldığı ve farkın deney grubu lehine ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı ( $p < 0.001$ ). Ancak her iki gruptaki bebeklerin antropometrik ölçümleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı ( $p > 0.05$ ). **Sonuç:** Preterm bebeği olan annelere yapılan taburculuk eğitiminin ve ev ziyaretlerinin bebeklerin gelişimleri ve annelerin sorun çözme becerileri üzerinde etkili olduğu saptandı. **Anahtar Kelimeler:** Büyüme-gelişme, ev ziyareti, hemşirelik, preterm, taburculuk eğitimi

**ABSTRACT Aim:** It was performed to determine the effect of discharge planning and home visits on growth and development of the babies and problem solving skills of their mothers. **Material and Method:** The experimental type study consisted of 63 mothers (experiment=31;control=32) and 75 preterm babies (experiment=37 ;control=38) determined by simple random sampling method in the Neonatal Intensive Care Units of 3 hospitals in Istanbul. The experimental group had a 3-session training program for mothers of preterm babies before their discharge. After the discharge, a total of 4 visits were made to both the experimental group and the control group. During the visit, to Mothers “Problem Solving Skills Assesment Questionare: How To Deal with Problems Regarding Care of My Baby (SÇBDF)” and to infants “Ankara Developmental Screening Inventory (AGTE)” were applied and their anthropometric measurements were taken and recorded. **Results:** The general development score received from AGTE of the babies in the experimental group was significantly higher than the control group ( $p < 0.001$ ). It was found that the score received from SCBDF were  $184.1 \pm 17.4$  points for the experimental group and  $155.2 \pm 22.0$  points for the control group, and the difference was found to be highly significant for the experimental group ( $p < 0.001$ ). However, there was no significant difference between the anthropometric measurements of the infants in both groups ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** Discharge training and home visits to mothers with preterm infants were found to be influential on infant development and mothers' problem-solving skills. **Key Words:** Growth and development, home visits, nursing, preterm, discharge planning

### Giriş

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre; preterm yenidoğan, 37. gestasyon haftasından önce canlı olarak doğan bebeklerdir. Preterm doğum oranı

nın az gelişmiş ülkelerde ortalama %12’lerde, gelişmiş ülkelerde ise %9’larda olduğu belirtilmektedir.<sup>1</sup>

Geliş Tarihi/Received: 28-06-2017 / Kabul Tarihi/Accepted:09-08-2017

<sup>a</sup>:Yard. Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID ID:

<sup>b</sup>Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID ID: 0000-0002-2528-2185

\*İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Hemşirelik programı Doktora Tezi

Sorumlu yazar /Correspondence: Serap Balcı, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, e-mail:

Preterm bir bebeğin doğumu ailede büyük bir hayal kırıklığı, suçluluk, öfke, stres, anksiyete, depresyon gibi durumlar yaratabilir. Yaşanan bu durumlar annelerin preterm bebekleri ile olan ilişkisinde ve bebek bakımı konusunda güçlük yaşamasına neden olmaktadır.<sup>2-5</sup> Annenin bebeğini kabullenmesi, ona bakabilecek düzeye gelmesi ve kendine güvenmesi çok önemlidir.<sup>6,7</sup> Özellikle anne ve bebek arasındaki etkileşimin yetersiz olmasının, bebeğin büyüme ve gelişimini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir.<sup>5</sup> Bu nedenle anne, taburcu olmadan önce bebeğinin bakımına aktif olarak katılmalı, gereksinimi olduğu konularda eğitilmeli,<sup>8,9</sup> taburculuk sonrası yapılacak izlemler ile desteklenmeli ve yalnız bırakılmamalıdır.<sup>10</sup>

Preterm bebeği olan ebeveynlerin önemli gereksinimlerinden birinin bebeğin evdeki bakımına yönelik bilgilenme<sup>5,10-12</sup> ve beceri kazanması olduğu belirtilmektedir.<sup>4</sup> Ebeveynlere evdeki bakıma yönelik yapılacak olan eğitim, bebeğin yenidoğan ünitesine girdiği andan itibaren başlamalıdır.<sup>2,8</sup> Yapılan eğitimin, bebeğin sağlığının sürdürülmesinde, ebeveynlerin bilgi, beceri ve özgüvenlerinin artırılmasında ve eve geçişin yarattığı anksiyete ve stresin en aza indirilmesinde etkili olduğu,<sup>2,3</sup> dolayısıyla bebeğin tekrar hastaneye yatışını, hastalık veya ölüm risklerini azalttığı belirtilmektedir.<sup>4</sup> Preterm bir bebeğin doğumunun yanında taburcu edilmesi de ebeveynler arasında yoğun bir strese neden olmaktadır.<sup>4,9,10,13</sup> Çünkü taburculuk ile birlikte bebeğin tüm sorumluluğunu alma zamanı gelir,<sup>9</sup> ailede mutluluk, sevinç ve anksiyete duyguları birbirine karışabilir.<sup>14</sup> Bu nedenle eve geçiş döneminde; ebeveynlerin evdeki bakıma hazırlanması, uzun süreli izlenmesi ve taburculuktan sonra evde bakım hizmetlerinin verilmesi ile yenidoğan ve ailesinin sağlığı korunabilir ve geliştirilebilir.<sup>10</sup>

Araştırma, preterm bebeği olan ailelere yönelik taburculuktan önce verilen planlı taburculuk eğitiminin ve yapılan ev ziyaretlerinin annenin sorun çözme becerisi ve preterm bebeğin büyüme-gelişmesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

### Gereç ve Yöntemler

DeneySEL ve izlemsel tipteki araştırma, İstanbul'daki 3 hastanenin (2 üniversite, 1 devlet) Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan ve seçim kriterlerine uyan preterm bebekler ve

anneleri ile gerçekleştirildi. Araştırma grubunda örneklem sayısının belirlenmesi için yapılan power analizi sonucunda; **Bebeğimin Bakım Sorunları İle İlgilenme Durumum (SÇBDF)** ve **Ankara Gelişim Tarama Envanteri'nin (AGTE)** genel gelişim parametreleri için Delta=2,5; SD=3,4 olarak alındığında  $\beta = 0,20$  ve  $\alpha = 0,05$  için tespit edilen örneklem sayısı her bir grup için 30'ar bebek ve annesi olarak belirlendi.

Araştırmanın yapılacağı ünitelerde yatan, seçim kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 86 preterm bebek ve annesi örnekleme alındı. Bebeklerin bazılarının ikiz olması nedeniyle diğer ikiz eşleri de seçim kriterlerine uygunsa örnekleme dahil edildi. Ancak araştırma süresince, çeşitli nedenlerle hem kontrol hem de deney grubundan vaka kayıpları oldu. Böylece araştırma, toplam 63 anne (deney=31, kontrol=32) ve ikiz eşleri de dahil edildiği için 75 preterm bebek (deney=37, kontrol=38) ile gerçekleştirildi. Grupların oluşturulmasında basit rastgele örnekleme yöntemi kullanıldı

### Araştırmanın Hipotezleri

**Hipotez 1:** Preterm bebeği olan annelere yapılan taburculuk eğitimi ve ev ziyaretleri bebeğin fiziksel büyümesini artırır.

**Hipotez 2:** Preterm bebeği olan annelere yapılan taburculuk eğitimi ve ev ziyaretleri bebeğin mental-motor gelişimini artırır.

**Hipotez 3:** Preterm bebeği olan annelere yapılan taburculuk eğitimi ve ev ziyaretleri annelerin sorun çözme becerilerini geliştirir.

### Araştırmanın Değişkenleri:

- Bağımsız değişkenler; taburculuk eğitimi, düzeltilmiş yaşa göre 9 ay boyunca yapılan ev ziyaretleri,
- Bağımlı değişkenler ise preterm bebeğin vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve baş çevresi ölçümleri, SÇBDF ve AGTE'den aldıkları puanlardır.

### Araştırma Grubu Seçim Kriterleri

**Bebeğin** 28-36 gestasyon haftaları arasında olması (28 haftadan küçük preterm, hastanede kalış süreci ve tıbbi sorunları daha fazla olduğu için alınmadı), gestasyon yaşına uygun tartıda olması, konjenital anomalisinin bulunmaması, ağır nörolojik sorunlarının (intrakraniyal kanama, ciddi perinatal asfiksi vb) olmaması.

**Annenin** daha önce preterm bebek bakımı konusunda eğitim almamış olması, araştırmaya katılmaya gönüllü olmasıdır.

**Veri Toplama Araçları**

**Bebeğin Bakım Sorunları İle İlgilenme Durumum (SÇBDF);** 1982 yılında Pridham ve Chang tarafından geliştirilmiş, Yazıcı (1995) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Form 8 alt ölçekten oluşmaktadır. Tüm ölçeğin toplam madde sayısı 29'dur. Her bir maddeye 1'den 9'a kadar değişen puan verilmektedir. Ölçekten alınan en düşük puan 24, en yüksek puan 216'dır. Puan arttıkça annelerin sorun çözme becerileri artmaktadır. Form normal yeni doğanlarda doğumdan 1 ay sonra,<sup>6</sup> preterm yeni doğanlarda ise düzeltilmiş yaşa göre 1. ayda uygulanmaktadır. Formu yanıtlama süresi yaklaşık 10-15 dakikadır.

**Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE);** 0-6 yaş bebek ve çocukların şu andaki dil bilişsel, ince motor, kaba motor, sosyal beceri-öz bakım ve genel gelişimi ile ilgili derinlemesine ve sistemli bilgi sağlayan bir tarama aracıdır. Savaşır, Sezgin ve Erol (1998) tarafından geliştirilmiştir. Envanterin, gelişimsel gecikme açısından risk altında olduğu düşünülen bebek ve çocukların erken dönemde tanınmasını sağladığı bildirilmektedir. Envanterin; Dil Bilişsel (DB), İnce Motor (İM), Kaba Motor (KM), Sosyal Beceri-Öz bakım (SB-ÖB) olmak üzere toplam 4 alt boyutu vardır. Türk kültürüne özgü olarak geliştirilen AGTE toplam 154 maddeden oluşmaktadır. Gelişim puanlarını yorumlamada "T Puan (Toplam Puan) Tablosu ve Genel Gelişim ve Alt Test Ham Puanları Profili" formları kullanılmaktadır. Çocuğun ham puanına denk gelen T puanı, 40'ın üstünde ise çocuğun gelişiminin yaşına uygun olduğu, T puanı 35 ve altında ise gelişiminin yaş düzeyinden geri olabileceği ifade edilmektedir. T puanı yükseldikçe mental-motor gelişiminin daha iyi olduğundan söz edilebilir.<sup>15</sup>

**Preterm Bebeğin İzlem Formu;** bebeğin fiziksel ölçümlerinin (vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi), danışmanlık yapılan konuların ve bebeğe ait bilgilerin belirli aralıklarla kaydedildiği bir formdur.

**Fiziksel Ölçümleri Almak İçin Kullanılan Araçlar;** Araştırmacı tarafından sağlanan, Soehnle 8310 markalı Dijital hassas tartı, baş kısmı sabit ve ayak kısmı oynar olan tahta boy ölçme aleti ve esnemeyen mezüre kullanılmıştır.

**Uygulama**

Vaka seçim kriterlerine uyan ve hastanede yatan preterm bebeklerin anneleri ile tanışılarak, araştırma hakkında görüşüldü. Annelere hastaneden çıkış sonrası izleme sürecini kabul edip etmedikleri soruldu. Kabul eden annelerle Görüşme formu dolduruldu. Deney grubundaki annelere, taburcu olmadan önce yapılması planlanan eğitim programı hakkında bilgi verildi, eğitim günü ve saati belirlendi.

Eğitim için belirlenen gün ve saatte en fazla 5 kişiden oluşan küçük gruplar şeklinde anneler, eğitim için hazırlanmış odaya alındı. Eğitim konuları (preterm bebeğin özellikleri, sorunları, taburculuğu, aşıları, izlemi, ev ortamında bakımı) annelere her gün bir oturum olacak şekilde toplam üç oturum şeklinde verildi. Her bir oturumda konular 45 dakikalık sürede ve 10 dakika ara verilerek yaklaşık iki saatte tamamlandı. Eğitim annelere düz anlatım, soru-cevap, demonstrasyon gibi yöntemler kullanılarak ve araştırmacı tarafından hazırlanan video izletilerek verildi. Eğitim sonunda annelere hazırlanan eğitim kitapçığı dağıtıldı. Eğitim içeriği ve kitapçık, literatüre dayanılarak hazırlandı ve 6 uzman kişinin görüşüne sunuldu.

Annelere eğitim sonunda bebeğin bakımına ve beslenmesine yönelik uygulamalar (kucağa alma, emzirme /biberonla besleme, genital bölge bakımı, bezini ve kıyafetlerini giydirme vb.) yaptırılarak, eksik oldukları konularda rehberlik edildi. Kontrol grubundaki annelere de servisin rutin eğitimi hemşireler tarafından yapıldı.

Bebek taburcu olduktan sonra, her iki gruptaki annelerle telefon görüşmeleri yapılarak ev ziyaretleri için uygun günler belirlendi. Her iki gruptaki bebeklere düzeltilmiş yaşına göre 1. ayını doldurduğunda ilk ev ziyareti yapılarak annelere SÇBDF dolduruldu ve bebeğin fiziksel büyümesini değerlendirmek amacı ile ölçümler (vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi) araştırmacının yanında götürdüğü araçlar ile alındı ve Preterm Bebeğin İzlem Formuna kaydedildi. Bebekler, düzeltilmiş yaşlarına göre 3,6 ve 9 aylık olduklarında ev ziyaretleri tekrarlandı. Dil bilişsel, ince motor, kaba motor, sosyal beceri-öz bakım ve genel gelişimi değerlendiren AGTE kullanıldı. Fiziksel ölçümler, bebeğe ait sorunlar ve takip edilmesi gereken özellikler Preterm bebeğin izlem formuna kaydedildi. Annelerin sordukları sorular cevaplandı. Ev ziyareti yaklaşık üç saat sürdü.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, frekans) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametreler için student t testi, parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon testi yapıldı.

### Bulgular

Her iki gruptaki annelerin ve babaların çoğunlukla ilköğretim mezunu oldukları, annelerin çalışmadığı, babaların çalıştığı, annelerin primipar oldukları, multipar annelerin bebeklerinde pretermlik öyküsünün olmadığı, sosyal güvencelerinin olduğu ve ailelerin

Tablo 1. Bebeklerin Düzeltmiş Yaşa Göre Fiziksel Ölçümlerinin Ortalama Değerlerinin Karşılaştırılması (N=75)

İzlemler		Deney (n=37) Ortalama ± SS	Kontrol (n=38) Ortalama ± SS	t	p
Vücut Ağırlığı (G)	Doğum	1644 ± 358	1580 ± 329	0,152	0,880
	1. ay	3998 ± 625	4010 ± 934	0,067	0,947
	3. ay	5796 ± 750	5724 ± 917	0,370	0,712
	6. ay	7467 ± 989	7387 ± 979	0,350	0,728
	9. ay	9888 ± 1010	8600 ± 1099	1,591	0,116
Boy Uzunluğu (cm)	Doğum	41,7 ± 2,9	41,6 ± 3,4	0,810	0,420
	1. ay	52,1 ± 1,9	52,4 ± 3,7	0,341	0,735
	3. ay	59,6 ± 3,2	60,0 ± 3,3	0,520	0,605
	6. ay	66,8 ± 2,9	66,8 ± 3,3	0,084	0,933
	9. ay	72,5 ± 2,7	72,0 ± 3,3	0,768	0,445
Baş Çevresi (Cm)	Doğum	29,4 ± 2,1	28,9 ± 1,7	1,159	0,250
	1. ay	37,2 ± 1,3	37,3 ± 1,9	0,413	0,681
	3. ay	40,3 ± 1,4	40,3 ± 1,7	0,051	0,960
	6. ay	43,2 ± 1,3	43,3 ± 1,7	0,328	0,744
	9. ay	45,0 ± 1,2	45,0 ± 1,7	0,161	0,873

çekirdek aile tipinde olduğu görüldü. Tanıtıcı özellikler yönünden gruplar arasında fark görülmedi ( $p>0.05$ ). Bebeklerin anne sütü alma süresi deney grubu bebeklerde  $6,6 \pm 3,9$  ay, kontrol grubu bebeklerde ise  $4,7 \pm 4,2$  ay olup, gruplar anne sütü alma süreleri açısından karşılaştırıldığında aralarında deney grubu lehine anlamlı bir fark olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ).

Deney ve kontrol grubunu oluşturan preterm bebeklerin düzeltilmiş yaşa göre 1, 3, 6 ve 9. aylardaki fiziksel ölçümlerinin (vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve baş çevresi) ortalama değerleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olmadığı ( $p>0.05$ ) belirlendi (Tablo 1).

Deney ve kontrol grubu bebeklerin düzeltilmiş yaşa göre 3, 6 ve 9 aylardaki

AGTE'nin dil-bilişsel, ince motor, kaba motor, sosyal beceri-özbakım alt ölçek puan ortalamaları arasında deney grubu lehine anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p<0.01$ ). Benzer şekilde genel gelişim ve toplam puan ortalamaları arasında da deney grubu lehine anlamlı fark bulundu ( $p<0.01$ ) (Tablo 2).

Annelerin SÇBDF ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubundaki annelerin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek puan aldığı belirlendi (Tablo 3).

Deney ve kontrol grubundaki annelerin sorun çözme beceri puanları ile bebeklerinin genel gelişim puanları arasındaki korelasyonu Grafik 1 ve Grafik 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Bebeklerin AGTE'ye Göre Mental-Motor Gelişim Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

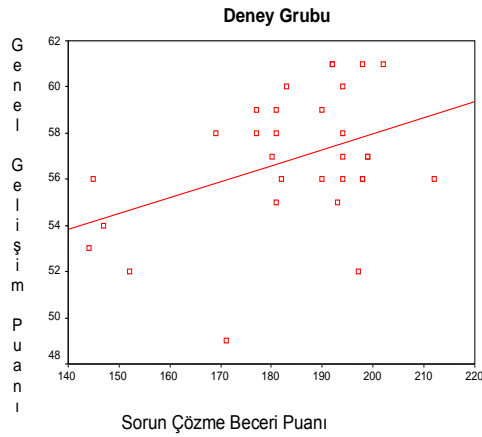
Mental-Motor Gelişim Alanları	Düzeltilmiş Yaş	Deney (n=37) Ortalama ± SS	Kontrol (n=38) Ortalama ± SS	İstatistiksel Analiz	p
Dil Bilişsel Gelişim	3. ay	6,5 ± 0,9	5,2 ± 1,4	z= 4,585	0,001
	6. ay	12,8 ± 1,7	10,8 ± 1,9	t= 4,624	0,001
	9. ay	16,8±1,3	14,3 ± 1,7	z= 4,585	0,001
İnce Motor Gelişim	3. ay	2,3 ± 0,5	2,2 ± 0,5	z=0,809	0,418
	6. ay	11,3 ± 1,0	9,9 ± 1,9	z= 3,489	0,001
	9. ay	12,9 ± 0,2	12,7 ± 0,6	z= 2,758	0,006
Kaba Motor Gelişim	3. ay	2,9 ± 0,2	2,8 ± 0,5	z= 1,466	0,143
	6. ay	7,1 ± 1,2	6,5 ± 1,3	z= 1,846	0,065
	9. ay	11,8 ± 1,4	10,8 ± 1,8	z= 2,534	0,011
Sosyal Beceri-Özbakım	3. ay	4,8 ± 0,7	4,3 ± 1,0	z= 1,958	0,050
	6. ay	11,4 ± 1,1	9,4 ± 2,0	z= 4,593	0,001
	9. ay	15,5 ± 1,3	13,1 ± 1,4	z= 5,841	0,001
Genel Gelişim	3. ay	16,4 ± 1,6	14,5 ± 2,4	t=4,096	0,001
	6. ay	42,5 ± 4,2	36,6 ± 5,5	t=5,230	0,001
	9. ay	57,0 ± 2,9	50,8 ± 3,6	t=8,140	0,001
Toplam Puan	3. ay	50,8 ± 3,2	47,0 ± 4,6	z= 3,976	0,001
	6. ay	55,2 ± 4,9	48,4 ± 6,4	z= 5,225	0,001
	9. ay	58,0 ± 4,7	47,5 ± 6,7	z= 4,585	0,001

\* t = Student t test; \*\* Z=Mann Whitney U test

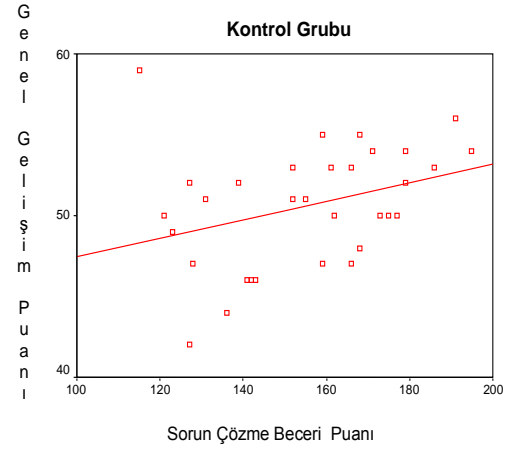
Tablo 3- Annelerin ŞÇBDF Ölçeğinden Aldıkları Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 63)

Ölçek	Dağılım aralığı	Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları		t	p
		Deney (n=31) Ortalama ± SS	Kontrol (n=32) Ortalama ± SS		
Çocuk Bakım Becerisi	(1 – 9)	7,8 ± 0,9	6,1 ± 1,1	6,655	0,001**
Tarama	(3 – 27)	23,6 ± 2,3	21,9 ± 3,6	2,220	0,031*
Formülasyon	(6 – 54)	44,5 ± 4,6	37,9 ± 6,7	4,569	0,001**
Ön değerlendirme	(2 – 18)	14,5 ± 1,7	11,5 ± 2,2	6,150	0,001**
Planlama	(6 – 54)	46,2 ± 4,3	38,2 ± 5,7	6,330	0,001**
Uygulama	(3 – 27)	24,2 ± 3,0	19,9 ± 3,8	4,939	0,001**
Değerlendirme	(4 – 36)	31,1 ± 2,8	25,8 ± 3,9	6,293	0,001**
Sorun Çözme Süreci	(24 – 216)	184,1 ± 17,4	155,2 ± 22,0	5,769	0,001**

\*p&lt;0.05 ; \*\* p&lt;0.01



Grafik 1. Deney Grubundaki Annelerin Sorun Çözme Beceri Puanları İle Bebeklerinin Genel Gelişim Puanları Arasındaki Korelasyon



Grafik 2. Kontrol Grubundaki Annelerin Sorun Çözme Beceri Puanları İle Bebeklerinin Genel Gelişim Puanları Arasındaki Korelasyon

Deney grubundaki annelerin sorun çözme beceri puanları ile bebeklerinin genel gelişim puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ( $r=0,41$ ;  $p=0,02$  (Grafik 1), başka bir deyişle annelerin sorun çözme beceri puanlarının arttıkça, bebeklerin genel gelişim puanlarının da arttığı belirlendi. Kontrol grubundaki annelerin sorun çözme beceri puanları ile bebeklerinin genel gelişim puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $r=0,34$ ;  $p=0,59$ ) (Grafik 2).

### Tartışma

Eve geçiş sürecinde; ebeveynlerin evdeki bakıma hazırlanması ve ev ortamında desteklenerek bakım hizmetlerinin verilmesi ile yenidoğanın sağlığı korunabilir ve geliştirilebilir.<sup>10</sup> Bu yüzden preterm bebekler ve aileleri, sadece hastanede kaldıkları süre içinde değil hastaneden ayrıldıktan sonra da hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından ev ziyaretleri ve telefon görüşmeleri ile sürekli desteklenmelidir.<sup>5,16</sup> Halk sağlığı hemşireleri ve diğer ekip üyeleri tarafından ev ziyaretleri yapılarak yaşadıkları güçlükler, endişeler ve ihtiyaçları sorgulanmalıdır. Ev ziyaretleri, ziyaretçi hemşire ve aile arasındaki güven ilişkisinin gelişmesine ve ailenin ihtiyaçlarına odaklanmayı sağlar.<sup>9</sup> Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), ev ziyareti programlarının anne ve bebek sağlığı açısından gerek prenatal ve postnatal, gerekse uzun süreli olumlu etkileri olduğunu belirtmektedir. Özellikle yapılan ev ziyaretlerinin; çocuk ihmali ve istismarını azalttığı, anne-bebek arasındaki etkileşimi geliştirdiği, annenin ebeveynliğe

uyumunu kolaylaştırdığı, düşük doğum tartılı bebeklerde büyümeyi hızlandırdığı,<sup>17</sup> bebeklerin sağlığı ve gelişimleri üzerinde olumlu etkileri olduğu, annelerin beceri düzeylerinde artmaya neden olduğu belirtilmektedir.<sup>5,17</sup>

Araştırmada, deney ve kontrol grubunu oluşturan preterm bebeklerin düzeltilmiş yaşa göre 1, 3, 6 ve 9. aylardaki fiziksel ölçümleri arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Ancak deney grubundaki bebeklerin özellikle 9. aydaki tartı artışı kontrol grubuna göre daha fazla idi. Farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamasında, deney grubundaki bebeklerin anne sütü alma süresinin daha uzun olmasına karşın kontrol grubundaki bebeklerin de farklı zamanlarda anne sütü ile beslenmeleri olabilir. Son yıllarda anne sütüne verilen önem ve hastanelerde yapılan emzirme eğitimleri, kontrol grubundaki bebeklerin de anne sütü alımlarını ve sonuçta büyümelerini olumlu yönde etkilemiş olabilir. Ayrıca kontrol grubundaki annelere de ev ziyaretlerinin yapılması ve ev ziyaretleri sırasında bebekler adına yapılan yanlış uygulamalara etik olmadığı için müdahale edilmesi ve gerektiğinde annenin sorduğu soruların yanıtlanması etken olmuş olabilir.

Preterm bebeklerin, baş çevresi için 1,5 yaş, vücut ağırlığı için 2 yaş, boy uzunluğu için ise 3,5 yaşında büyümeyi yakaladıkları belirtilmektedir.<sup>18</sup> Araştırmada, her iki gruptaki bebeklerin öncelikle baş çevresi ve boy uzaması açısından term bebekleri yakaladıkları, vücut ağırlığında ise deney grubundaki bebeklerin bu farkı öncelikle yakaladıkları görülmüştür. Sonuçta, araştırma grubunda büyümeyi yakalama literatüre göre daha erken dönemde olmuştur. Ancak fiziksel ölçümler açısından deney grubu

lehine istatistiksel fark saptanmamış ve Hipotez 1 kanıtlanamamıştır.

Araştırmada deney grubundaki bebeklerin genel gelişim puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 2). Kaynaklarda preterm bebeği olan ebeveynlere yönelik eğitim programlarının uygulanmasının, ailenin bakıma katılmasının,<sup>19</sup> annelerin bebekleri ile kurdukları pozitif ilişkinin, annenin bebeğe gösterdiği ilgi ve duyarlılığın, bebeklerine nasıl davranacaklarını bilmelerinin çocuğun gelişimini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir.<sup>19-22</sup> Zahr (2000), 1-24 ay arası bebelere yönelik yapılan ev ziyaretinin, bebeğin motor ve mental gelişim skorları üzerine olumlu etkisi olduğunu belirtmiştir.<sup>23</sup> Araştırmanın sonuçları da, annelere yapılan eğitim ve ev ziyaretlerinin preterm bebeğin gelişimi üzerinde olumlu etkisi olduğu görüşünü ve Hipotez 2'yi desteklemektedir. Araştırmada “çocuk/bebek bakım becerisi” ve “sorun çözme becerisi” puan ortalamaları, deney grubu lehine anlamlı düzeyde farklı idi (Tablo 3).

Annenin problem çözme becerisi arttıkça kendine duyduğu güvenin de arttığı belirtilmektedir.<sup>24</sup> Kendine güvenmeyen veya kendini yeterli bulmayan ebeveynlerin evde bebeğin bakımı konusunda bağımsız kararlar almada güçlük yaşadıkları ve problem çözme becerilerinde yetersizlik gösterdikleri, kendilerini başarılı hissetmenin ise problem çözme becerisi üzerine olumlu etkisi olduğu bildirilmektedir.<sup>7</sup> Yapılan çalışmalarda annelere, kendileri ve bebekleri ile ilgili hemşireler tarafından yapılan eğitimin ve desteğin; annelerin bakım becerilerini ve sorun çözme becerilerini olumlu etkilediği, bilgi düzeyi ile sorun çözme beceri düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu,<sup>7,25</sup> annelerin bebeklerine daha etkili bir şekilde bakım verdikleri ve başarılı bir şekilde ebeveynliğe uyum sağladıkları<sup>6,14,23,26</sup> belirlenmiştir. Arslan'ın (2001) yaptığı çalışmada; planlı eğitim ve danışmanlık hizmeti verilen annelerin bilgi ve sorun çözme beceri düzeyinin verilmeyenlere göre önemli ölçüde arttığı ve bilgi düzeyi ile sorun çözme beceri düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.<sup>27</sup>

Araştırmada, deney grubundaki annelerin sorun çözme beceri puanları arttıkça bebeklerinin de genel gelişim puanlarının arttığı ve aralarında pozitif yönde, anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup (Grafik 1 ve Grafik 2), sonuçlar Hipotez 3'ü desteklemektedir. Benzer şekilde yapılan diğer araştırmalarda da, ev ortamının ve ebeveynlerin beceri düzeylerinin,<sup>13</sup>

sağlanan desteğin<sup>9</sup> bebeğin gelişimi üzerine olumlu katkı sağladığı belirtilmektedir.

Pridham ve ark. (1994), sağlıklı term bebeği olan annelerin doğum sonrası ilk 3 aylık süre içinde hemşire ve hekimlerden yardım isteme ve yardım kullanma durumlarını inceledikleri çalışmalarında, annelerin özellikle ilk aylarda problem çözme konusunda yardım kaynağı olarak hemşireyi tanımladıklarını saptamışlardır. Bu sonuçlar, hemşireler tarafından annelere verilen planlı eğitim programlarının ve evde izlemlerin annelerin bakım becerisi ve sorun çözme becerisinin gelişimine katkı sağladığını düşündürmektedir.<sup>24</sup>

**Sonuç olarak;** Preterm bebeği olan annelere yönelik hastanede yapılan planlı eğitimin ve ev ortamında sağlanan desteğin bebeklerin gelişimleri ve annelerin sorun çözme becerileri üzerinde etkili olduğu, ancak bebeklerin fiziksel büyümesi üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir.

Preterm bebeği olan annelere taburcu olmadan önce planlı taburculuk eğitimlerinin yapılması, yazılı ve görsel materyallerin verilmesi, bebek ve annelerin ev ortamında hemşire tarafından izlenmesi önerilebilir.

#### Sınırlılıkları

- Kontrol grubu hastane ortamında izlenemediği için bu gruba da ev ziyareti yapıldı. Ev ortamında ailelerin gereksinim duyduğu konularda sordukları sorulara, görülen yanlış uygulamalara ve belirlenen sorunlara etik olmadığı için müdahale edildi. Örneğin; araştırma sırasında kontrol grubundaki bir bebeğin annesi tarafından istismar edildiği ve hırpalandığı, bir bebekte ise kalça çıktığı olduğu belirlendi. Her iki aile de, gerekli kurumlara yönlendirildi. Bebeğini istismar eden anneye ilaç tedavisi başlandı, kalça çıktığı olan bebeğe ise konservatif tedavi yöntemleri uygulandı.
- Annelerin bebekleri taburcu olmadan önce yapacakları uygulamalar arasında yer alan “bebek banyosu” hastane ortamının uygun olmaması nedeniyle gerçekleştirilemedi. Bu nedenle bebek banyosu, anneye resimlerle anlatılarak gösterildi. Ziyaretler sırasında banyo konusunda destek isteyen annelere, ev ortamında anne ile birlikte banyo yaptırılarak bu uygulama annelere öğretildi.



**Teşekkür**

Araştırmanın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini paylaşan, değerli katkılarıyla rehberlik eden sayın Prof. Dr. Sevim SAVAŞER, sayın Prof. Dr. Zeynep İNCE'ye teşekkür ederiz.

**Kaynaklar**

1. Preterm birth. World Health Organization (WHO). [updated 2016 Nov ; cited 2017 June 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
2. Mancini A, While A. Discharge planning from a neonatal unit: An exploratory study of parents' views. *Journal of Neonatal Nursing* 2001; 7 (2): 59-62.
3. Turan MT, Bolışık B. Prematüre bebeği olan ailelere serviste uygulanan planlı eğitimin anne ve bebek üzerine olan etkilerinin incelenmesi. [An Investigation of the Effects of Planned Education Given in Clinic on Mothers and the Premature Babies]. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [Cumhuriyet University School of Nursing Journal]* 2003; 7 (1):39-46.
4. Boykova M, Kenner C. Transition from hospital to home for parents of preterm infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2012; 26 (1):81-87.
5. White-Traut R, Norr KF, Fabiyi C, Rankin KM, Li Z, Liu L. Mother-infant interaction improves with a developmental intervention for mother-preterm infant dyads. *Infant Behav Dev.* 2013; 36(4): 694-706.
6. Yazıcı S. Annelerin öz-bakım gücü, sağlıklı bebeklerinin bakım sorunlarını çözme becerileri ve bu süreçte hemşirenin eğitici rolünün etkisi. [The self-care power of mothers, the ability to solve the care problems of healthy babies, and the influence of the educational role of the nurse in this process] [Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Istanbul University], İstanbul, Türkiye, 1995.
7. Tarkka MT. Guidance on breastfeeding by public health nurses has an impact on competence of first-time mothers. *Primary Health Care Research and Development* 2001;2 (2): 80-87.
8. Yıldız S. Yüksek riskli yenidoğanların taburculuğa hazırlanması ve preterm bebeklerin izlemi. [Preparation of high risk newborns for discharge and monitoring of preterm infants]. Dağoğlu T, Görak G, editör. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2002.p. 759-773.
9. Broedsgard A, Wagner L. How to facilitate parents and their premature infant for the transition home. *International Nursing Review.* 2005; 52(3):196-203.
10. Erdemir F. Medikal ve sosyal olarak yüksek riskli yenidoğanların taburculuğu: multidisipliner değerlendirme ve planlama. [Discharge of medical and socially high-risk neonates: multidisciplinary evaluation and planning]. 13.Ulusal Neonatoloji Kongresi ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi Kitabı. Kayseri; 2005.
11. Ovalı F. Prematüre bebeklerin takibi. [Follow-up of premature babies]. Dağoğlu T, editör. Neonatoloji. İstanbul: Alemdar Ofset; 2008. p.171-177.
12. İşler A. Prematüre bebeği olan annelerde olumlu anne bebek ilişkisinin başlatılmasında hemşirelik yaklaşımının önemi. [The importance of nursing approach in the initiation of a positive mother-infant relationship in mothers with premature babies]. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Istanbul University ], İstanbul, Türkiye, 2001.
13. Ritchie S. Primary Care of the Premature infant discharged from the neonatal intensive care unit. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2002; 27(2) :76-85.
14. Chen YJ, Tseng YF, Hsu YY, Lin YF, Tseng YY, Chien CH. Effectiveness of videotape education for mothers of prematurity. *Kaohsiung J Med Sci.* 1998; 14 (12): 800-806.
15. Savaşır I, Sezgin N, Erol N. Ankara Gelişim Tarama Envanteri. [Ankara Development Screening Inventory] Ankara: Rekmay Ltd.Şti.;1998
16. Merritt TA, Pillers D, Prows SL. Early NICU discharge of very low birth weight

- infants: a critical review and analysis. *Seminars in Neonatology* 2003;8(2) : 95-115.
17. American Academy of Pediatrics (AAP). Committee on Fetus and Newborn. Hospital discharge of the high-risk neonate-proposed guidelines. *Pediatrics* 1998; 102 (2): 411-417.
  18. İnce Z. Hastane dışı preterm izlenmesi [Non-hospital preterm monitoring]. *Çocuk Dergisi [The Journal of the Child]* 2001; 1 :181-184.
  19. Holditch-Davis D, Miles MS, Belyea M. Feeding and nonfeeding interactions of mothers and prematures. *Western Journal of Nursing Research* 2000; 32 (3): 320-334.
  20. Sola C, Diken İH. Gelişimsel gerilik riski altındaki prematüre ve düşük doğum ağırlıklı çocuğa sahip annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi. [Determine the needs of mothers who have at-risk infants and toddlers with premature/low birth weight for development delays]. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi [Ankara University Faculty of Educational Sciences Special Education Journal]* 2008; 9 (2): 21-36.
  21. Cusson RM. Factors influencing language development in preterm infants. *Journal of Obstetrics, Gynecology & Neonatal Nursing* 2002; 32 (3): 402 -409
  22. Keilty B, Freund M. Caregiver-child interaction in infants and toddlers born extremely premature. *Journal of Pediatric Nursing* 2005; 20(3): 181-189.
  23. Zahr L K. The relationship between maternal confidence and mother-infant behaviors in premature infants. *Res Nurs Health*. 1991; 14 (4) : 279-286.
  24. Pridham FK, Chang A, Chiu Y. Influences on mothers' use of clinician help in the infants' first three months. *Public Health Nursing* 1994; 11 (2) : 80-89.
  25. Uçar Ö, Bayık A. Yeni doğum yapmış annelerin taburculuk sırasında fonksiyonel statülerinin incelenmesi. [Examination of the functional status of new-born mothers during discharge]. VII.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı. Erzurum;1999.
  26. Leahy WP. First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50(5): 479-488.
  27. Arslan F. Primipar annelere gebelikte ve doğum sonu bebek bakımı konusunda verilen danışmanlık ve eğitim hizmetinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi. [Primipar maternal counseling on gestation and postpartum baby care and determining the effect of education service on quality of life] [Doktora Tezi]. GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, [GATA School of Nursing], Ankara, Türkiye,2001.

## İnfanfil Kolikli Bebekleri Etkileyen Faktörler Factors Affecting Infantile Colic with Babies

Gülzade UYSAL<sup>a</sup> Duygu SÖNMEZ DÜZKAYA<sup>b</sup> Gülçin BOZKURT<sup>c</sup>

**ÖZET Amaç:** İnfantil kolikli bebekleri etkileyen faktörleri irdelemektir. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki araştırma Ekim 2016- Mart 2017 tarihleri arasında, bir Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 209 bebeğin annesi ile yapıldı. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan “Anket Formu” ve “İnfanfil Kolik Ölçeği” kullanılarak toplandı. **Bulgular:** Araştırma grubunda bulunan annelerin %49,8’inin 27-34 yaş grubunda, %59,8’inin ilköğretim veya ortaokul mezunu olduğu belirlendi. Bebeklerin %59,3’ü erkek ve yaş ortalaması 6,16±3,82 ay idi. Bebeklerin %46,4’ünün karışık ve biberonla beslendiği görüldü. Annelerin infanfil kolik yönüne en çok; %44,4’ünün bebeğin sırtını sıvazladığı, %25,8’inin masaj/ egzersiz uyguladığı ve %19,1’inin kolik için ilaç kullandığı belirlendi. Yaşı 0-3 ay olan bebeklerin infanfil kolik ölçeği toplam puanı (p=0,018), immatür sindirim sistemi (p=0,02) ve zor bebek (p=0,04) alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yükseldiği görüldü. Bebeklerin gestasyon yaşına göre infanfil kolik ölçeği toplam puanı ve inek sütü/ soya proteini intoleransı alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0,05) saptandı. Anne sütü ile beslenen bebeklerin inek sütü/soya proteini intoleransı alt boyut puanı (p=0,01) dışında, ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi. **Sonuç:** Bebeğin yaşı küçüldükçe infanfil kolik daha fazla görülmektedir. Beslenme şekli, biberonun yatay veya dikey tutulması, emzik kullanımı, anne yaşı, annenin çalışması bebekte infanfil kolik oluşmasını etkilememektedir.

**Anahtar Sözcükler:** İnfanfil kolik, bebek, karın ağrısı

**ABSTRACT Aim:** The factors affecting infantile colic infants are explicated. **Material and Methods:** The descriptive study was conducted between October 2016 and March 2017 with 209 mothers who were registered to a Family Health Center. Data were collected by "Questionnaire Form" and "Infant Colic Scale" which were prepared by researchers. **Findings:** It was determined that 49.8% of the mothers in the study group were in the 27-34 age group and 59.8% were primary or secondary school graduates. 59.3% of the babies were male and the mean age was 6,16 ± 3,82 months. 46,4% of babies were fed with bottle and mixed. Mothers who are mostly directed towards the infantile colic; 44,4% of babies were rubbing their backs, 25,8% of them were massaged / exercised, and 19.1% were using medications for colic. The infantile total score, immature digestive system and difficult baby sub-dimension scores of infants aged 0-3 months were found statistically significant (p=0,018). There was a significant difference (p <0,05) between infantile colic scale total score and cow milk/ soy protein intolerance subscale scores according to gestational age of infants. Cow's milk/ soy protein intolerance subscale score (p=0,01) score and score of infants fed with breast milk. **Conclusion:** Infantile colic is more common when baby's age is smaller. Nutrition, horizontal or vertical holding of the bottle, use of pacifier, maternal age, mother's work prevents infantile colic from developing in the baby.

**Keywords:** Infantile Colic, baby, abdominal pain.

### Giriş

İnfanfil kolik, bebeklerde daha çok akşam saatlerinde görülen, ataklar halinde ortaya çıkan, nedeni tam olarak bilinmeyen, bacaklarını karına çekme, yumruklarını sıkma, karında sertleşme, gaz çıkarma, durdurulması zor, aşırı ağlama ile

karakterize sendrom olarak tanımlanmaktadır.<sup>1,2,3</sup> Bebeklerin %5-25’inde, özellikle yaşa-mın ilk üç ayında çok sık rastlanan infanfil kolik, genellikle 2.haftada ortaya çıkmakta ve 4-6 aya kadar devam edebilmektedir.<sup>4-7</sup> İnfanfil kolik

Geliş Tarihi/Received: 20-06-2017 / Kabul Tarihi/Accepted:14-08-2017

<sup>a</sup>Sorumlu yazar /Correspondence: Yard. Doç. Dr. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Öğretim Üyesi Akfirat-Tuzla 34959, İstanbul, e-mail: gulzade.uyosal@okan.edu.tr, ORCID ID:0000-0002-1019-852X

<sup>b</sup>Dr. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Eğitim Hemşiresi, Çapa-Fatih 31900, İstanbul, e-mail: dygsnmz@istanbul.edu.tr, ORCID ID: 0000-0002-1815-8821

<sup>c</sup>Doç.Dr. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Öğretim Üyesi Bakırköy, 34740, İstanbul, e-mail: gulmeh@hotmail.com, ORCID ID:0000-0002-8528-2232

nedeni tam olarak bilinmemekte olup, nedenini açıklamaya yönelik çeşitli görüşler öne sürülmektedir. Beslenme sırasında hava yutulması, biberon ile besleme, besledikten sonra bebeğin gazının çıkarılmaması, inek sütü alerjisi ve bağırsakların gaza duyarlılığının artması gibi birçok neden sayılmaktadır.<sup>2,4,8</sup> Ebeveynler ve bebek arasında bağlanmanın olmaması, aile içi sorunların olması ya da doğum sırasında yaşanan olumsuzluklar gibi psikolojik faktörlerinde kolik tetiklediği düşünülmektedir.<sup>1,8</sup> İnfantil kolik yalnızca bebeği değil aileyi de etkilediği, özellikle annelerde depresyon ve anksiyete oranlarının yüksek olduğu, bebekleri ile ilişkilerinin sorunlu olduğu ve bu durumun aile süreçlerini olumsuz etkilediği bildirilmektedir.<sup>1,7,9,10</sup> İnfantil kolik için yönelik etkin bir tedavi yöntemi yoktur. Ancak bebek ağladığında erken yanıt verme, aşırı uyarıdan kaçınma, masaj yapma, emzik kullanımı, kanguru bakımı kullanımı ve bebeğin yanında elektrik süpürgesi çalıştırma gibi uygulamaların kolik azaltmada yararlı olduğu bildirilmektedir.<sup>2,8</sup>

Ailelerin infantal kolik için yönelik sıklıkla; bebeği sallama, arabayla gezdirme, karına masaj ve sıcak pet uygulama, bitkisel çaylar verme, şarkı söyleme ve fön ya da elektrik süpürgesi çalıştırma gibi girişimleri yaptığı belirtilmektedir.<sup>1,2,4-6</sup>

Hemşire ve ebeler, ebeveynlere infantal kolik fizyolojisi, bebek üzerindeki etkileri, bebeğin ve ailenin rahatlamada kullanacağı yöntemler vb. konuları bilmesi ve ebeveynleri bilgilendirmede önemli görevler düşmektedir.<sup>6,11</sup> Hemşire infantal kolik olan bebek ve aileyi sorunun giderilmesi için desteklediğinde, ebeveynler ve bebek arasındaki bağlanmayı da güçlendirecektir.<sup>2,11</sup> İnfantil kolik etkileyen faktörler iyi bilinirse, sorunun çözümüne yönelik de etkin çözüm önerileri geliştirilebilir. Bu çalışmanın amacı, infantilkolikli bebekleri etkileyen faktörleri irdelemektir.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı ve kesitsel özellikteki araştırma, Ekim 2016-Mart 2017 tarihleri arasında İstanbul ili Tuzla ilçesinde bir Aile Sağlığı Merkezinde gerçekleştirildi. Tuzla ilçesinde bulunan Aile Sağlığı Merkezinde 3 doktor, 2 hemşire, 2 ebe ve bir yardımcı personel çalışmaktadır.

**Araştırmanın evren ve örnekleme:** Araştırmanın evrenini Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 294 bebeğin annesi oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup,

verilerin toplanması için ayrılan sürede, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm anneler (n=209) çalışmaya dahil edildi. Annelerden 23'ü araştırmaya katılmayı red ettiği için, 62 anne de ulaşılamadığı için araştırma dışında bırakıldı.

**Veri toplama araçları:** Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan "Anket Formu" ve "İnfant Kolik Ölçeği" kullanılarak toplandı. Anket Formu; araştırmacılar tarafından literatür incelenerek<sup>1,2,4,6</sup> hazırlanmış olup, içeriği konusunda üç öğretim üyesi ve bir klinisyen hemşireden uzman görüşü alındı. Anket Formunda; bebek ve ebeveyne ilişkin sosyo demografik özellikleri içeren 19 soru, kolik ağrısına ilişkin ebeveynlerin düşüncelerini ve uygulamalarını sorgulayan 26 soru olmak üzere toplam 45 soru yer almaktadır.

**İnfant Kolik Ölçeği;** Marsha L. Cirgin Ellet ve ark. (2002) tarafından, kolik tanılamak ve değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çetinkaya ve Başbakkal (2007) tarafından yapılmıştır.<sup>12</sup> Ölçek maddeleri 1'den 6'ya kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan ortalamasının düşük olması kolik azaldığını, puan ortalamasının yüksek olması ise kolik arttığını göstermektedir. Ölçek; İnek sütü/soya proteini alerjisi/intoleransı, immatür sindirim sistemi, immatür merkezi sinir sistemi, zor bebek, ebeveyn-bebek etkileşimi sorunlu bebek olmak üzere toplam 5 alt boyuttan ve 19 sorudan oluşmaktadır. Türkçe'ye uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliği için cronbachalpha katsayısı 0,73 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach alpha katsayısı 0,66 olarak belirlendi.

**Veri toplama süreci:** Veriler araştırmacılar tarafından, anneler ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak elde edildi. Anket Formu ve İnfant Kolik Ölçeğinin anneler ile tamamlanması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Anket Formu ve İnfant Kolik Ölçeğinin anlaşılabilirliğini test etmek için 8 anneye pilot uygulama yapılmış ve formun son şekli verilmiştir.

**Araştırmanın etik boyutu:** Veri toplamaya başlamadan önce Okan Üniversitesi Etik Kurulundan etik kurul onayı ve araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izinler alındı. Araştırmaya katılmada gönüllülük ilkesine dikkat edilerek, çalışma öncesinde annelere çalışmanın

amacı ile ilgili bilgi verilerek ve sözlü onamları alındı.

**Verilerin analizi:** Araştırmada elde edilen verilerin SPSS 21.0 programı ile analizleri yapıldı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve Kolmogorov Smirnov Z, Independent t-test ve ANOVA kullanıldı. Tüm analizlerde %95 güven aralığı çalışılmış ve  $p < 0,05$  olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### Bulgular

Araştırmada sağlıklı bebeği (0-12 ay) olan 209 anneden elde edilen veriler değerlendirmeye alındı. Araştırma grubundaki bebek ve annelere ilişkin tanıtıcı özellikler Tablo 1’de incelendi. Annelerin %49,8’inin 27-34 yaş grubunda, %59,8’inin ilkökul ve ortaokul mezunu ve %84,7’sinin çalışmadığı belirlendi. Bebeklerin %59,3’ü erkek ve yaş ortalaması  $6,16 \pm 3,82$  ay idi (Tablo 1).

Tablo 1. Bebek ve Anneye İlişkin Tanıtıcı Özellikler (n=209)

Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	124	59,3
Kız	85	40,7
<b>Yaş</b>		
0-3 aylık	70	33,5
4-6 aylık	51	24,4
7-12 aylık	88	42,1
<b>Doğum haftası</b>		
37. hafta	27	12,9
38. hafta	45	21,5
39. hafta	51	24,4
40. hafta	86	41,1
<b>Doğum Şekli</b>		
Normal Doğum	109	52,2
Sezaryen	100	47,8
<b>Anne yaşı</b>		
18- 26 yaş	75	35,9
27-34 yaş	104	49,8
35 yaş ve üzeri	30	14,4
<b>Anne çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	32	15,3
Çalışmıyor	177	84,7
<b>Öğrenim durumu</b>		
İlkokul/ortaokul mezunu	125	59,8
Lise mezunu	49	23,4
Üniversite mezunu	35	16,7
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	184	88,0
Geniş aile	25	12,0

Bebek beslenmesi ve koliğe yönelik yapılan uygulamalar incelendiğinde; bebeklerin %46,4’ünün karışık (anne sütü ve formül süt) beslendiği, %46,4’ünün biberonla beslendiği ve bebeklerin %40,7’sinin yalancı emzik alışkanlığı olduğu görüldü. Annelerin koliği gidermek için %44,4’ünün bebeğin sırtını sıvazladığı, %25,8’inin masaj ve egzersiz yaptığı ve %19,1’inin kolik için ilaç kullandığı saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. Bebek Beslenmesi ve Koliğe Yönelik Yapılan Uygulamalar (n=209)

Özellikler	n	%
<b>Bebeğin beslenme şekli</b>		
Doğal beslenme	83	39,7
Karışık beslenme	97	46,4
Yapay beslenme	29	13,9
<b>Biberonu tutma şekli (n=97)</b>		
Yatay	53	54,6
Dikey	44	45,4
<b>Yalancı emzik kullanma</b>		
Evet	85	40,7
Hayır	124	59,3
<b>Koliği gidermek için yapılan uygulamalar*</b>		
Sırtını Sıvazlama (vurma, ovalama)	93	44,4
Masaj ve egzersiz	54	25,8
İlaç verme	40	19,1
Ayaklarını hareket ettirme	31	14,9
Karnını Ovma	29	13,8
Sıcak uygulama (ayaklara ve karna)	26	12,5
Bitkisel çaylar (anason, papatya vb.)	20	9,5
Aromaterapi (argan, kantaron vb)	13	6,2
Diğer**	10	4,8

\*Birden çok yanıt verilmiştir. \*\*Ninni söyleme, hastaneye gitme, fön makinesi, karanlıkta tutma, gezdirme, suya kimyon koyma, şekerli su içirme

Bebek ve annenin demografik özelliklerine göre infantil kolik ölçeği puanları Tablo 3’de karşılaştırıldı. Bebeklerin yaş gruplarına göre ölçek puanları arasındaki farka bakıldığında bebeğin yaşı küçüldükçe (0-3 ay) ölçek toplam puanı, immatür sindirim sistemi alt boyut puanı ve zor bebek alt boyut puanının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yükseldiği ( $p < 0,05$ ) görüldü. Bebeklerin doğum haftalarına göre ölçek puanları arasındaki farka bakıldığında ise 37 haftalık doğan bebeklerin inek sütü/ soya proteini intoleransı alt boyut puanının diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu ( $p < 0,05$ ) belirlendi (Tablo 3). Anne yaşına göre ölçek puanlarına bakıldığında, 35 yaş ve üzeri annelerin zor bebek alt boyutu puanının, daha küçük yaşlardaki annelerin puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ) (Tablo 3).

Tablo 3. Bebek ve Annenin Demografik Özelliklerine Göre İnfantil Kolik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması (n=209)

Değişkenler	İnfant kolik ölçeği toplam puanı $\bar{X} \pm SS$	İnek sütü/soya proteini intoleransı $\bar{X} \pm SS$	İmmatür sindirim sistemi $\bar{X} \pm SS$	İmmatür merkezi sinir sistemi $\bar{X} \pm SS$	Zor bebek $\bar{X} \pm SS$	Ebeveyn bebek etkileşimi+ sorunlu bebek $\bar{X} \pm SS$
<b>Cinsiyet</b>						
Erkek	65,20±9,20	9,99±2,76	6,44±2,029	25,92±4,75	13,20±4,028	9,65±3,516
Kız	66,42±9,93	9,93±2,47	6,26±2,406	26,64±4,70	13,64±3,903	9,96±3,41
Test*; <i>p</i>	-0,913; 0,36	0,168; 0,867	0,599; 0,55	-1,074; 0,28	-0,774; 0,44	-0,652; 0,15
<b>Yaş</b>						
0-3 aylık	68,29±8,95	10,33±2,33	6,80±2,369	27,13±4,63	14,34±3,949	9,69±3,565
4-6 aylık	64,86±9,51	9,78±2,88	6,59±1,941	25,20±4,83	12,86±3,323	10,43±3,828
7-12 aylık	64,13±9,59	9,78±2,72	5,90±2,101	26,07±4,67	12,91±4,234	9,47±3,169
Test**; <i>p</i>	4,117; 0,01	0,989; 0,37	3,757; 0,02	2,563; 0,08	3,169; 0,04	1,283; 0,27
<b>Doğum haftası</b>						
37. hafta	66,52±10,86	8,93±3,45	6,37±2,388	27,19±4,83	13,89±4,379	10,15±3,870
38. hafta	67,04±8,69	10,60±1,81	6,89±2,208	25,87±4,48	13,27±4,530	10,42±3,551
39. hafta	64,92±9,69	9,49±2,66	6,27±2,219	25,47±5,21	13,86±3,779	9,82±3,044
40. hafta	65,20±9,42	10,24±2,60	6,15±2,084	26,52±4,53	12,99±3,657	9,29±3,538
Test**; <i>p</i>	0,557; 0,64	3,23; 0,02	1,167; 0,32	1,000; 0,39	0,686; 0,56	1,18; 0,31
<b>Anne yaşı</b>						
18- 26 yaş	67,08±8,64	9,84±2,62	6,69±2,168	26,37±4,41	14,12±3,845	10,05±3,616
27-34 yaş	64,24±9,87	10,17±2,47	6,05±2,214	25,82±4,78	12,48±3,897	9,72±3,576
35 yaş ve ↑	67,30±9,78	9,57±3,23	6,67±2,040	27,17±5,31	14,63±3,961	9,27±2,728
Test**; <i>p</i>	2,477; 0,08	0,74; 0,47	2,250; 0,10	1,014; 0,36	5,70; 0,00	0,57; 0,56
<b>Anne çalışma durumu</b>						
Çalışıyor	63,06±9,61	9,78±2,98	5,50±2,603	24,81±5,37	12,41±4,578	10,56±2,918
Çalışmıyor	66,18±9,43	10,00±2,58	6,53±2,073	26,46±4,58	13,55±3,843	9,63±3,557
Test*; <i>p</i>	-1,713; 0,08	-0,430; 0,66	-2,471; 0,01	-1,825; 0,06	-1,508; 0,13	1,39; 0,16

\**Independent t-test (iki grup arasında parametrik karşılaştırma testi)* \*\**F= One-Way ANOVA (ikiden fazla gruplarda parametrik karşılaştırma testi)*

Bebekğin beslenme özelliklerine göre ve infantil kolik ölçeğinden almış olduğu puanları Tablo 4’de incelendi. Doğal beslenen bebeklerin inek sütü/soya proteini intoleransı alt boyut puanının ( $p < 0,05$ ) karışık ve yapay beslenen bebeklerin puanına göre anlamlı olarak yüksek olduğu, ancak ölçek toplam puanı ve diğer alt boyut puanları açısından fark olmadığı görüldü (Tablo 4).

### Tartışma

İnfantil kolikğin yalnızca bebeği değil aileyi de etkilediği, annelerin bebekleri ile ilişkilerinin problemlili olduğu ve bu durumun aile süreçlerini olumsuz etkilediği bildirilmektedir.<sup>1,7,9,10,13</sup> Bebek ve aileyi önemli ölçüde etkileyen infantil kolikğin nedenini açıklamaya yönelik çeşitli görüşler öne sürülmekle birlikte, henüz nedeni tam olarak bilinmemektedir.<sup>2,4,8</sup>

Literatürde infantil kolikğin 1-3 ay arasında daha sık görüldüğü ve 6-8. Haftalarda

pik yaptığı bildirilmektedir.<sup>1,6</sup> Araştırma grubundaki bebeklerin yaşı küçüldükçe (ilk 3 ay) infantil kolik ölçeğinden aldıkları puanların (özellikle toplam puan, immatür sindirim sistemi ve zor bebek alt boyut puanları) yüksek olduğu bulundu. Araştırma sonucunun yaşamın ilk aylarında bebeklerde infantil kolikğin daha fazla ortaya çıktığını bildiren literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmaya dahil olan bebeklerin cinsiyetleri ile infantil kolik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Abbasoğlu ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada kız bebeklerde infantil kolik sıklığını daha yüksek bulmuştur.<sup>9</sup> Ancak birçok araştırmacı tarafından benzer özellikte yapılan çalışmada, bebeğin cinsiyetin infantil kolikte etkili olmadığı belirtilmiştir.<sup>2,6,14-16</sup> Abbasoğlu ve ark.<sup>9</sup> nın sonucunun aksine, bu araştırmanın sonuçları cinsiyetin infantil kolik

Tablo 4. Bebeğin Beslenme Özelliklerine Göre İnfantil Kolik Ölçeği Puanları Karşılaştırması (N=209)

Değişkenler	İnfant kolik ölçeği toplam puanı $\bar{X} \pm SS$	İnek sütü/ soya proteini intoleransı $\bar{X} \pm SS$	İmmatür sindirim sistemi $\bar{X} \pm SS$	İmmatür merkezi sinir sistemi $\bar{X} \pm SS$	Zor bebek $\bar{X} \pm SS$	Ebeveyn bebek etkileşimi+ sorunlu bebek $\bar{X} \pm SS$
<b>Bebeğin beslenme şekli</b>						
Doğal beslenme	67,17±8,76	10,59±1,86	6,39±2,08	26,95±4,450	13,55±3,742	9,69±3,403
Karışık beslenme	64,91±9,57	9,69±3,02	6,44±3,35	25,88±4,664	13,37±4,065	9,53±3,440
Yapay beslenme	64,14±10,98	9,10±2,84	6,07±1,92	25,21±5,564	12,89±4,394	10,86±3,720
<i>Test**; p</i>	1,73; 0,17	4,543; 0,01	0,32 ;0,72	1,92; 0,14	0,29; 0,74	1,70; 0,18
<b>Biberonu tutma şekli (n=97)</b>						
Yatay	65,53±9,62	9,58±3,00	6,68±2,37	26,21±4,231	13,47±3,915	9,58±3,494
Dikey	64,16±9,57	9,82±3,07	6,16±2,32	25,48±5,160	13,25±4,281	9,45±3,413
<i>Test*; p</i>	0,69;0,48	-0,376; 0,70	1,084; ,28	0,766; 0,44	0,266; 0,79	0,185; 0,85
<b>Yalancı emzik kullanma</b>						
Evet	66,31±9,73	9,48±2,958	6,65±2,46	26,44±4,638	13,89±4,062	9,85±3,831
Hayır	65,28±9,35	10,30±2,355	6,18±1,95	26,06±4,814	13,02±3,889	9,73±3,227
<i>Test*; p</i>	0,764; 0,44	-2,215; 0,02	1,530; ,12	0,567; 0,57	1,560; 0,12	0,247; 0,80

\*t: Independent t-test (iki grup arasında parametrik karşılaştırma testi) \*\*F= One-Way ANOVA (ikiden fazla gruplarda parametrik karşılaştırma testi)

açısından risk faktörü olmadığını bildiren araştırmacıların sonuçlarını desteklemektedir. Yapılan benzer birçok çalışmada çoğunlukla annenin çalışmasının bebekte infantil kolik olmasını etkilemediği belirtilmektedir.<sup>2,6,14,17</sup> Clifford (2002) ise çalışan annelerin bebeklerinde kolik daha az görüldüğünü bildirmiştir.<sup>16</sup> Araştırma gru-bundaki annelerin infantil kolik ölçeği toplam puanı ve diğer alt boyut puanları açısından (immatür sindirim sistemi alt boyut puanları hariç) fark saptanmadı. Araştırma bulguları annelerin çalışmasının infantil kolik olmasını etkilemediğini bildiren<sup>2,6,14,17</sup> araştırmacıların bulguları ile uyumludur.

Anne yaşı ile kolik arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara bakıldığında, Canivet ve ark. (2004) anne yaşı ile kolik arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır.<sup>17</sup> Öte yandan Kılıç<sup>14</sup> ve Karaca Çiftçi ve Arıkan<sup>6</sup> anne yaşı ile kolik arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiştir. Araştırma grubundaki annelerin yaşına göre infantil kolik ölçeği puanları arasında, zor bebek alt boyut puanı hariç fark olmadığı görüldü. Zor bebek alt boyut puanı farkı göz ardı edildiğinde araştırmanın sonuçları Kılıç (1999) ve Karaca Çiftçi ve Arıkan (2007)'in sonuçları ile paralel kabul edilebilir.

İnfantil kolik için etkili bir tedavi yöntemi yoktur. Bebeğin rahat bir ortamda tutulması, kucağa alınması, bebek arabasıyla gezdirilmesi, karına sıcak havlu uygulanması,

masaj yapılması, müzik dinletme, beyaz gürültü gibi uygulamaların kolik ağrısını azaltabileceği bildirilmektedir.<sup>8</sup> Karaca Çiftçi ve Arıkan (2007)'in Erzurum'da yaptığı araştırmada, gaz sancısını gidermede annelerin tamamının davranışsal, %66'sının ilaç, %64,5'inin ise doğal tedavi modellerini kullandığını saptamıştır.<sup>6</sup> Annelerin gaz sancısını gidermek için en çok kucağa alma (%87,9), masaj yapma/sallama (%79,4), pozisyon verme (%79,4) uygulamalarını tercih ettikleri belirlenmiştir.<sup>6</sup> Bu araştırmada annelerin sıklık sırasına göre en çok; %44,4'ünün bebeğin sırtını sıvazlama, %25,8'inin masaj/ egzersiz ve %19,1'nin kolik için ilaç kullandığı belirlendi. Karaca Çiftçi ve Arıkan<sup>6</sup>'ın sonuçları ile karşılaştırıldığında oranları farklı olmakla birlikte annelerin sıklıkla benzer uygulamaları yaptığı söylenebilir. Uygulama sıklıklarının farklı olması verilerin alındığı bölgelerdeki kültürel farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Literatürlerde masajın bağırsağın düz kaslarını gevşettiği, bebeği rahatlatığı ve kolik semptomları üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir.<sup>1,2,13</sup> Huhtala ve arkadaşları (2000) ebeveynlere kolik semptomları sırasında 15 dakika karın masajı önermektedir.<sup>18</sup> Kılıç (1999) masajın bebeklerde kolik tekrarlamaya sıklığını etkilediği, kolik önlenmesi, azaltılması ve giderilmesinde etkili olduğunu belirtmektedir.<sup>14</sup> Çetinkaya (2007), aromaterapi masajının bebeklerde kolik giderilmesi üzerine etkisini incelediği çalışmasında, aromaterapi masajının kolik azalttığını saptamıştır.<sup>14</sup>

mıştır.<sup>2</sup> Uğurlu ve ark. (2014) annelerin karın ağrısı şikayeti olan bebeklerini (%58,5) rahatlatmak için karın masajı yaptığını belirlemiştir.<sup>13</sup> Araştırma grubundaki annelerin %13,8'inin bebeğin karnını ovduğu ve %44,4'ünün masaj/ egzersiz yaptığı saptandı. Literatürlerde masaj uygulaması davranışsal uygulamalar kapsamında önerilmektedir. Ancak masajın nasıl yapılması gerektiği konusunda görüş birliğine varılmamıştır. Bebek sağlığı izlemlerinde annelere infantil kolikğe yönelik masajın nasıl yapılacağı anlatılmalıdır.

İnfantil kolikte kullanılan ilaçların etkisi hala tartışılmaktadır. Literatürde infantil kolikğe direkt etkili olduğu bilinen bir ilacın olmadığı, aşırı gazlı bebeklerin bir bölümünün simetikondan yarar gördüğü belirtilmektedir. İnfantil kolikğe yönelik geliştirilen ilaçların yan etkileri nedeniyle rastgele kullanılmaması gerektiğine dikkat çekilmektedir.<sup>6</sup> Karaca Çiftçi ve Arıkan (2007), infantil kolikği gidermek için annelerin %65'inin bebeğine kolik için ilaç verdiğini (%31,7'si metasilinden fayda gördüğünü belirtmiş) saptamışlardır.<sup>6</sup> Araştırma grubundaki annelerin %19'u infantil kolik için ilaç kullandığını belirtti. İnfantil kolikğe yönelik ilaç kullanan annelerin sıklığı Karaca Çiftçi ve Arıkan (2007) sonucuna göre oldukça düşüktür. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin hekimlerden daha çok davranışsal ve çevre düzenlemesine yönelik önerilerde bulunduğu görülmektedir.<sup>19</sup> İnfantil kolikte kullanılan ilaçların tartışılmalı olduğu akıldan çıkarılmamalı ve her kontrolde hemşireler ailelere infantil kolikle ilgili uygulamalarını sorarak önerilerde bulunmalıdır.

Konu ile ilgili literatürde inek sütü proteinlerinin bebekte infantil kolik ağrılarının nedeni olabileceği, anne sütü alan bebeklerde gaz sancısının nedeninin annenin tükettiği inek sütü ile ilgili olduğu belirtilmektedir.<sup>6</sup> Kılıç'ın (1999) çalışmasında bebeklerin beslenme şeklinin infantil kolik görülmesini etkilediği, anne sütü ile beslenen bebeklerde infantil kolikğin daha az görüldüğü saptanmıştır.<sup>14</sup> Öte yandan Karaca Çiftçi ve Arıkan (2007) bebeğin beslenme şeklinin bebekte gaz sancısı olmasını etkilemediğini saptamıştır.<sup>6</sup> Clifford<sup>16</sup> ve Talachian<sup>15</sup> çalışmalarında bebeklerin beslenme tipi ile kolik görülme sıklığı arasında ilişki olmadığını belirlemiştir. Bu çalışmada anne sütü ile beslenen bebeklerin, inek sütü/soya proteini intoleransı alt boyut puanı (p<0,05) dışında, ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı

bir fark olmadığı görüldü. Araştırmada infantil kolik ölçeği puanları arasında fark olmaması ve benzer sonuçları bildiren birçok araştırmacının sonuçları karşılaştırıldığında, beslenme şeklinin infantil kolikte etkili bir faktör olmadığı kabul edilebilir. Bebeğin beslenme sırasında hava yutmasını ve gaz şikayetlerini önlemek için emziren bebeklerin meme başının areolanın büyük kısmını kavrayacak şekilde emmesi, biberon kullanılan bebeklerde biberonun yatay değil dik pozisyonda tutulması önerilmektedir.<sup>6</sup> Karaca Çiftçi ve Arıkan (2007) biberonun tutuş şekli, yalancı emzik kullanmasının bebekte gaz sancısı olma durumunu etkilemediğini saptamıştır.<sup>6</sup> Araştırma grubunda da infantil kolikli bebeklerde biberonun tutuş şekli, yalancı emzik kullanması durumu ile infant kolik ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamış olup sonuç Karaca Çiftçi ve Arıkan (2007) sonuçları ile paralellik göstermektedir.

### Sonuç ve Öneriler

Bebeklerin yaşı küçüldükçe infantil kolik daha fazla görülmektedir. Beslenme şekli, biberonun yatay ya da dikey tutulması, emzik kullanımı, anne yaşı ve çalışmasının infantil kolikte etkili faktörler olmadığı belirlendi. Ayrıca İstanbul'da bir Aile Sağlığı Merkezinde yapılan bu çalışmada, diğer araştırmacıardan farklı olarak infantil kolikğe yönelik yapılan uygulamaların ve infantil kolik için ilaç verme sıklıklarının farklı olduğu belirlendi. Bu fark çalışmaların çeşitli bölgelerde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

**Teşekkür:** *Veri toplama aşamasında destek olan Arzu Üstün, Seray Büyükdere, Nadir Öncü, Büşra Ekşi ve Ceylan Beğenik'e teşekkür ederiz.*

### Kaynaklar

1. Alagöz H. İnfantil kolik: etyoloji ve tedavi seçenekleri. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2013; 3(2):148-154.
2. Çetinkaya B. Aromaterapi masajının bebeklerde kolikğin giderilmesi üzerine etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir, 2007.*
3. Akçam M. İnfantil kolik, *Sted* 2004; 13(2):66-67.



4. Roberts DM, Ostapchuk M, O'Brien JG. Infantile colic. *Am Fam Physician* 2004; 70(4):735-740.
5. Karaca Çiftçi E, Arikan D. Methods used to eliminate colic in infants in the eastern parts of Turkey. *Public Health Nursing* 2007; 24(6):503-510.
6. Urbanska M, Szajewska H The efficacy of *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 in infants and children: a review of the current evidence. *Eur J Pediatr*, 2014; 173(10):1327-1337.
7. Karabayır N, Oğuz F. İnfantil kolik. *Çocuk Dergisi* 2009; 9(1): 16-21,
8. Abbasoğlu A, Atayl G, İpekçi AM, Gökçay B, Candoğan ÇB, Şahin E, Toklu T, Tarcan A. Annenin bebeğe bağlanması ile infantil kolik arasındaki ilişki. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2015; 58:57-61.
9. Mi GL, Zhao L, Qiao DD, Kang WO, Tang MQ, Xu JK. Effectiveness of *Lactobacillus reuteri* in infantile colic and colicky induced maternal depression: a prospective single blind randomized trial. *Antonievan Leeuwenhoek* 2015; 107:1547-1553.
10. Kvitvaer BG, Miller J, Newell D. Improving our understanding of the colicky infant: a prospective observational study. *Journal of Clinical Nursing* 2011; 21:63-69.
11. Landgren K, Hallstörn I. Parents' experience of living with a baby with infantile colic- a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2011; 25:317-324.
12. Çetinkaya B, Başbakkal Z. A Validity and Reliability Study Investigating the Turkish Version of the Infant Colic Scale, *Gastroenterology Nursing* 2007; 30(2):84-90.
13. Uğurlu E, Kalkım A, Sağkal T. 0-1 yaş bebeklerde sık karşılaşılan ağrı durumları ailelerin yaklaşımları. *Fırat Tıp Dergisi* 2014; 19(1):25-30.
14. Kılıç M. Ailelerin sigara içmelerinin bebeklerde kolik üzerine etkisi, İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi 1999; 5(5):20-30.
15. Talachian E, Bidari A, Rezaie MH. Incidence and risk factors for infantile colic in Iranian infants. *World Journal of Gastroenterology*, 2008; 14(29):4662-4666.
16. Clifford TJ, Campbell MK, Speechley KN, Gorodzinsky F. Infant colic: empirical evidence of the absence of an association with source of early infant nutrition. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2002; 156:1123-1128.
17. Canivet C, Östergren PO, Jakobsson I, Hagander B. Higher risk of colic in infants of nonmanual employee mothers with a demanding work situation in pregnancy, *International Journal of Behavioral Medicine* 2004; 11(1):37-47.
18. Huhtala V, Lehtonen L, Heinonen R, Korvenranta H. Infant massage compared with crib vibrator in the treatment of colicky infants, *Pediatrics* 2000; 105(6): 84-89.

**Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Bölümü Öğrencilerinin Mesleğe Yönelik Umutsuzluk Düzeyleri ve İlişkili Parametreler**  
**Levels of Hopelessness And Related Parameters for Occupation in Students at Division of Physiotherapy and Rehabilitation**

Ebru KAYA MUTLU<sup>a</sup> Arzu RAZAK ÖZDİNÇLER<sup>b</sup> Tansu BİRİNCİ<sup>c</sup>

**ÖZET Amaç:** Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde öğrenim gören öğrencilerin mesleğe yönelik umutsuzluk düzeylerini belirlemek ve öğrencilerin umutsuzluk düzeylerinin sosyodemografik özellikler, mesleki farkındalık, mesleki kaygı, mesleki yeterlilik ve bölüm memnuniyeti ile ilişkisini incelemektir. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde eğitim gören 364 öğrenci dahil edildi. Katılımcıların 115'i 1. sınıf, 95'i 2. sınıf, 94'ü 3. sınıf ve 60'ı 4. sınıf öğrencisi idi. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleğe yönelik bilgileri tarafımızca hazırlanan "Kişisel ve Mesleğe Yönelik Bilgi Toplama Formu" ile sorgulandı. Umutsuzluk düzeyi "Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)" kullanılarak değerlendirildi. **Bulgular:** BUÖ sonuçlarına göre Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinin "hafif umutsuzluk" düzeyinde oldukları belirlendi. BUÖ ile cinsiyet arasında ( $p=0.002$ ,  $r=-0.15$ ) ve BUÖ ile aile gelir düzeyi arasında negatif ilişki bulundu ( $p=0.86$   $r=-0.009$ ). BUÖ ile mezun sayısının artışı, iş bulma kaygısı, mesleki saygınlık, tekrar tercih etme durumu ve bölüm memnuniyeti arasında anlamlı ilişki bulundu ( $p<0.05$ ). Ayrıca, öğrencilerin son sınıfta iş bulma kaygılarının diğer sınıflara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu ( $p=0.01$ ) ve son sınıfta mesleki olarak daha yeterli hissettikleri saptandı ( $p=0.001$ ). **Sonuç:** Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin mesleğe yönelik umutsuzluk yaşadıkları ve umutsuzluğa cinsiyet, aile gelir düzeyi, artan mezun sayısı, iş bulma endişesi, mesleki saygınlık, bölümden memnun olmama gibi birçok faktörün etkili olduğu görülmüştür. Öğrencilerin akademik başarısının, mesleki yeterliliğinin ve bölüm memnuniyetinin artırılması için öğretim elemanlarının desteğinin alınması gerektiği ve istihdam artışı ile orantılı olarak mezun verilmesinin iş bulma imkanlarını arttıracakı düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** umutsuzluk, fizyoterapi, memnuniyet, eğitim

**ABSTRACT Objective:** The aim of this study was to determine hopelessness levels of physiotherapy students and to examine its relation with sociodemographic characteristics, professional awareness, occupational anxiety, professional competence and satisfaction. **Methods:** A total of 364 physiotherapy students studying at Istanbul University were enrolled in this study. One-hundred-fifteen of the participants were 1<sup>st</sup> grade, 95 were 2<sup>nd</sup> grade, 94 were 3<sup>rd</sup> grade and 60 were 4<sup>th</sup> grade students. Participants' sociodemographic and occupational information was questioned by the "Personal and Occupational Information Form". The level of hopelessness was assessed using "Beck Hopelessness Scale (BHS)". **Results:** According BHS results, physiotherapy students were found to be in the "slight hopelessness" level. BHS was negatively correlated with gender ( $p=0.002$ ,  $r=-0.15$ ), and family income ( $p=0.86$   $r=-0.009$ ). There was a significant relationship between increasing number of graduates, worries about employment, professional dignity, re-preference status and satisfaction ( $p<0.05$ ). In addition, it was found that students were more likely to be anxious about getting a job ( $p=0.01$ ) and felt more confident professionally in the final grade ( $p=0.001$ ). **Conclusion:** It has been found that physiotherapy students are hopeless for the profession and it is influenced by many factors such as gender, level of family income, increasing number of graduates, worries about employment, professional dignity, dissatisfaction with the education. We think that the support of the academicians should be taken to increase the academic success of the students, professional competence and satisfaction of the department, and the number of graduation in proportion to increase in employment will increase the employment opportunities.

**Keywords:** hopelessness, physiotherapy, satisfaction, education

### Giriş

Umut, gelecek ile ilgili bir amacı gerçekleştirmek için olumlu beklentilere veya duygulara sahip olma durumudur (1,2). Umudlu insanlar geleceğe yönelik hedeflerine ulaşmada yeteneklerini kullanma yönelimindedirler ve dolayısıyla

hedefe yönelik davranışlarda bulunurlar(1). Umudun karşıtı olan umutsuzluk ise, kişinin kendi içinde bulunduğu fiziksel, zihinsel veya toplumsal durumun düzelemeyeceğine ilişkin genel ruh halidir (3). Kişide umutsuzlukla ilgili

Geliş Tarihi/Received: 08-08-2017 / Kabul Tarihi/Accepted:25-08-2017

<sup>a</sup> Yard. Doç. Dr. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul, ORCID ID:

<sup>b</sup> Prof. Dr. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul, ORCID ID:

<sup>c</sup> Uzman Fizyoterapist İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

**Sorumlu yazar /Correspondence:** Yrd. Doç. Dr. Ebru Kaya Mutlu, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul. [fztebrukaya@hotmail.com](mailto:fztebrukaya@hotmail.com), ORCID ID: 0000-0002-8595-5513

değersizlik, çaresizlik, mutsuzluk, kararsızlık, eyleme geçememe, işlerini sürdürememe ve suçluluk duyguları da ortaya çıkar (4).

Üniversite dönemi, kişisel, sosyal, mesleki ve ekonomik pek çok sorunla başa çıkmayı gerektiren bir dönemdir. Bu dönemde yaşanan önemli sorunlardan birisi de umutsuzluktur (1, 5, 6). Literatürde, umutsuzluk düzeyini ve etkileyen faktörleri ortaya koyan birçok çalışmaya rastlandı. Gündoğar ve ark. (7) üniversite öğrencilerinin yaşam doyumlarını etkileyen faktörleri inceledikleri bir çalışmada bireyin umutsuzluk düzeyi, eğitim durumu, iş beklentisi ve istediği bölümde okuma isteğinin yaşam doyumunu etkilediğini belirlemişlerdir. Aydın ve ark. (8) yaptıkları bir çalışma sonucunda öğrencilerin yaşadıkları umutsuzluk düzeyinde, akademik başarı durumu, iş bulma endişesi, okuduğu bölüm gibi faktörlerin etkili olduğunu ortaya koyarken, Oğuztürk ve ark. (9) tarafından yapılan Hukuk Fakültesi ve Edebiyat Fakültesi öğrencilerinin umutsuzluk düzeyinin değerlendirildiği bir çalışmanın sonucunda öğrencilerin umutsuzluk düzeyi ve öğrenim görülen bölüm bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yalçın ve ark. (10) ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencilerine yaptıkları çalışmalarında öğrencilerin mezun olduklarında iş bulma olasılığının yüksek olduğunu bilmelerinin gelecek kaygılarını azalttığını ve umutlu olduklarını bildirmişlerdir.

Yüksekokul olarak veya Sağlık Bilimleri Fakültelerinin içinde yer alan Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin umut ve umutsuzluk düzeyleri ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca, literatüre bakıldığında üniversite öğrencilerinin umutsuzluk düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisini inceleyen araştırmalara rastlanmış fakat mesleki farkındalık ve mesleki yeterlilik algısının öğrencilerin umut düzeyleri ile ilişkisine bakan bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızın amacı, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde öğrenim gören öğrencilerin mesleğe yönelik umutsuzluk düzeylerini belirlemek ve öğrencilerin umutsuzluk düzeylerinin sosyodemografik özellikler, mesleki farkındalık, mesleki kaygı, mesleki yeterlilik ve bölüm memnuniyeti ile ilişkisini incelemektir.

### Gereç ve Yöntemler

Bu çalışma, 01 Şubat- 30 Haziran 2016 tarihleri arasında genel tarama modellerinden anlık durum saptama yönetimi ile İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve

Rehabilitasyon Bölümü'nde yapıldı. Araştırmamızın örneklemine ulaşmak için İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından üst yazı ile izin alındı. Çalışmaya, 20-30 yaşlarında, çalışmaya katılmaya gönüllü olan, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon öğrencileri dahil edildi. Tam zamanlı bir işte çalışan ve verilen anketlerin eksik dolduran öğrenciler çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışma için etik kurul onayı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan alındı. Araştırmaya katılan öğrenciler çalışma hakkında bilgilendirilerek imzalı onamları alındı ve "Helsinki Deklerasyonu'na" uygun olarak araştırmamız yürütüldü (Etik Kurul No: 2016-221).

### Veri Toplama Araçları

Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden araştırmacılar tarafından hazırlanan "Kişisel ve Mesleğe Yönelik Bilgi Toplama Formu" ve Beck ve ark tarafından geliştirilen "Beck Umutsuzluk Ölçeği" ni doldurmaları istendi.

*Kişisel ve Mesleğe Yönelik Bilgi Toplama Formu:* Form sosyodemografik ve mesleğe yönelik bilgiler olarak iki bölümden oluşturuldu. Kişisel bilgiler bölümünde yaş, cinsiyet, medeni durum, giriş yılı, tercih sırası, ailenin aylık geliri, yaşadığı yer, annenin-babanın eğitim ve mesleki durumu, engel durumu sorgulandı. Mesleki bölümde mesleki farkındalık; kontenjan sayısının artması, mezun sayısının ihtiyaçtan fazla olması, istihdam sayısının yeterliliği, eğitim süresinin yeterliliği, meslek odasının olup/olmadığı, mesleği ile ilgili derneğin olup olmadığı, mesleğin akreditasyonu olup/olmadığı evet/hayır sistemiyle sorgulandı. Ayrıca mesleki kaygı, mesleki yeterlilik ve bölüm memnuniyeti ile ilgili 5 adet soru oluşturuldu ve 5'li likert sistemi ile sorgulandı. Mesleki kaygıya yönelik sorular; 1- Mezun olunca iş bulamama kaygınız var mı? Kaygılı değilim ( ) Biraz kaygılıyım ( ) Kaygılıyım ( ) Çok kaygılıyım ( ) Bilmiyorum ( ); 2- Mesleğinizin toplum tarafından yeterli saygıyı gördüğünü düşünüyor musunuz?: Hayır düşünmüyorum ( ) Biraz düşünüyorum ( ) Düşünüyorum ( ) Çok düşünüyorum ( ) Bilmiyorum ( ) idi. Mesleki yeterliliğe yönelik soru; 1- Kendinizi mesleki açıdan yeterli hissediyor musunuz?: Yeterli değilim ( ) Biraz yeterliyim ( ) Yeteliyim ( ) Çok yeterliyim ( ) Bilmiyorum ( ) idi. Bölüm memnuniyetine yönelik sorular 1- Tekrar tercih yapacak olsanız

bu bölümü seçer misiniz?: Kesinlikle Hayır ( ) Hayır ( ) Evet ( ) Kesinlikle evet ( ) Bilmiyorum ( ); 2- Yaptığınız bölüm seçiminden memnun musunuz?: Memnun değilim ( ) Biraz memnunum ( ) Memnunum ( ) Çok memnunum ( ) Bilmiyorum ( ) idi.

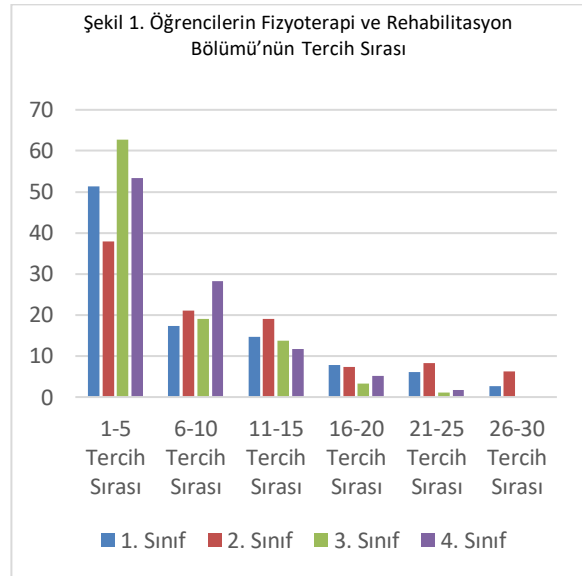
**Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ):** “Beck Umutsuzluk Ölçeği”, Beck ve ark (11) tarafından bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklenti düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır ve ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (12, 13). Kişinin kendini değerlendirmesi şeklinde bir ölçek olmakla birlikte ergen ve yetişkinlerde uygulanmaktadır. Anketin doldurulmasında zaman sınırlaması yoktur ve uygulanması kolaydır. Ankete katılan kişiden kendisi için uygun olan ifadeleri “evet”, uygun olmayanları ise “hayır” olarak işaretlemesi istenmektedir. Maddelerin 11 tanesinde “evet” seçeneği; 9 tanesinde ise “hayır” seçeneği 1 puan alır. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. sorularda “hayır”; 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 ve 20. sorularda ise “evet” yanıtı için “1” puan verilir. Bu sorulara aksi verilen cevaplarda da “0” verilmektedir. Ölçekten 0 ile 20 arası puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireydeki umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Ayrıca, BUÖ’nün toplam skoru dört grup içinde sınıflandırılır; 0 ile 3 arası umutlu, 4 ile 8 arası hafif umutsuzluk, 9 ile 14 arası orta seviyede umutsuzluk, 15 ile 20 arası ileri derecede umutsuzluk (14).

### İstatistiksel Analiz

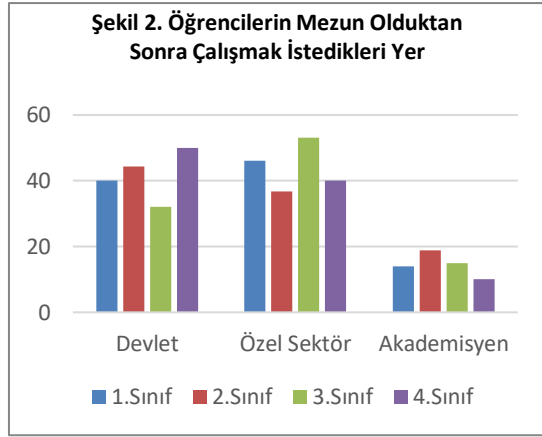
Elde edilen verilerin analizinde SPSS paket istatistik programının 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences Inc; Chicago, IL, ABD) sürümü kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun tespiti için “Shapiro Wilk Testi” kullanıldı. Tüm veriler normal dağılıma uyduğu için analizde parametrik testler uygulandı. Sayısal veriler aritmetik ortalama±standart sapma ( $X \pm SD$ ) olarak ifade edildi. Kategorik veriler n (%) şeklinde gösterildi. Kategorik verilere göre sınıfların karşılaştırılması ki-kare test ile yapıldı. Öğrencilerin, yaş, gelecek kaygısı ve umutsuzluk puanları tek yönlü varyans analizi “ANOVA” ile karşılaştırıldı. Parametreler arası ilişki düzeyi Pearson korelasyon analizi kullanılarak yapıldı. Tüm analizlerde  $p < 0.05$  (iki yönlü) değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### Bulgular

2015- 2016 eğitim öğretim döneminde İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü’nde öğrenim gören 120 kişi 1. sınıf, 102 kişi 2. sınıf, 96 kişi 3. sınıf ve 70 kişi 4. sınıf olmak üzere toplam 388 öğrenci öğrenim görmekteydi. 15 öğrenciye ulaşılabilmesi ve 9 öğrencinin de anketleri eksik doldurması nedeniyle çalışmaya toplam 364 öğrenci katıldı. Araştırmaya katılan gönüllülerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterildi. Öğrencilerin 355’inin (%97.5) medeni durumu bekâr iken 9 (%2.5) kişi ise evli idi. Araştırmaya katılan öğrencilerin babalarının ve annelerinin eğitim durumları karşılaştırıldığında sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (sırasıyla;  $p=0.47$  ve  $p=0.06$ ). Öğrencilerin Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü’ne yerleştiği tercih sıraları 1 ile 30. sıra arasında değişmektedir ve sınıfların tercih ortalamaları Şekil 1’de gösterilmektedir.



Öğrencilerin mesleki farkındalık ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar Tablo 2’de gösterildi. Kontenjan artışının öğrenciler üzerindeki endişe durumunun oranına bakıldığında 1.Sınıf’ın %90.4, 2. Sınıf’ın %91.6, 3.Sınıf’ın %90.4 ve son sınıfın %91.7 olduğu belirlendi. Tüm sınıfların endişeli olduğu ve sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p=0.80$ ). Öğrencilerin meslek ile ilgili eğitim süresi, meslek odası, dernek ve akreditasyon ile ilgili olarak sınıflar arasında istatistiksel olarak bilgi farklılığı olduğu bulundu ( $p < 0.05$ ). Öğrencilerin mezun olunca çalışmak istedikleri kurumlar Şekil 2’de gösterilmiştir ve sınıflar arasında çalışma yerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p=0.17$ ).



Tablo 3’de öğrencilerin mezun olunca iş bulamama kaygıları, mesleğin toplum tarafından yeterli saygıyı görüp/görmediği, kendisini mesleki açıdan yeterli hissedip/hissetmediği, tekrar tercih yapacak olsa bu bölümü

seçip/seçmeyeceği ve yaptığı bölüm seçiminden memnun olup/olmadığı ile ilgili verdiği cevaplar gösterilmektedir. Öğrencilerin son sınıfta iş bulma kaygılarının diğer sınıflara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu ( $p=0.01$ ) ve son sınıfta mesleki olarak daha yeterli hissettikleri saptandı ( $p=0.001$ ) (Tablo 3).

BUÖ verilerine bakıldığında 1.sınıf öğrenci sonuçlarının toplam ortalama değeri  $5.90\pm 4.14$ , 2. sınıf öğrenci sonuçlarının toplam ortalama değeri  $4.93\pm 3.87$ , 3. sınıf öğrenci sonuçlarının toplam ortalama değeri  $5.14\pm 3.67$  ve 4. sınıf öğrenci sonuçlarının toplam ortalama değeri  $6.58\pm 4.82$ ’dir. BUÖ toplam ve alt gruplarında sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ). Ancak, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinin “hafif umutsuzluk” düzeyinde oldukları belirlendi.

Tablo1. Öğrencilerin Sosyodemografik Bilgileri

	1. Sınıf (n=115)	2. Sınıf (n=95)	3. Sınıf (n=94)	4. Sınıf (n=60)	p
Yaş (yıl)	20.31±2.17	21.02±1.48	21.80±1.67	22.83±1.38	<b>0.001</b>
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Cinsiyet					
Kadın	66 (57.4)	64 (67.4)	49 (52.1)	29 (48.3)	0.07
Erkek	49 (42.6)	31 (32.6)	45 (47.9)	31 (51.7)	
Medeni Durum					
Evli	6 (5.2)	1 (1.1)	1 (1.1)	1 (1.7)	0.15
Bekar	109 (94.8)	94 (98.9)	93 (98.9)	59 (98.3)	
Ailenin Geliri					
0-1300	18 (15.7)	16 (16.8)	11 (11.7)	9 (15)	0.49
1300-2000	38 (33)	33 (34.7)	33 (35.1)	16 (26.7)	
2000-5000	44 (38.3)	33 (34.7)	42 (44.7)	27 (45)	
5000 ve üstü	15 (13)	13 (13.7)	8 (8.5)	8 (13.3)	
Yaşadığı Yer					
Aile ile	43 (37.4)	32 (33.7)	34 (36.2)	19 (31.7)	0.05
Yurtta	49 (42.6)	37 (38.9)	33 (35.1)	17 (28.3)	
Özel Ev	18 (15.7)	17 (17.9)	24 (25.5)	22 (36.7)	
Akraba Yanı	5 (4.3)	9 (9.5)	3 (3.2)	2 (3.3)	
Annenin Mesleği					
Çalışmıyor	75 (65.2)	68 (71.6)	76 (80.9)	45 (75)	0.31
İşçi	11 (9.6)	12 (12.6)	5 (5.3)	2 (2.3)	
Memur	13 (11.3)	7 (7.4)	5 (5.3)	8 (13.3)	
Emekli	9 (7.8)	5 (5.3)	5 (5.3)	4 (6.7)	
Serbest Meslek	7 (6.1)	3 (3.2)	3 (3.2)	1 (1.7)	
Babanın Mesleği					
Çalışmıyor	10 (8.7)	2 (2.1)	3 (3.2)	2 (3.3)	0.11
İşçi	30 (26.1)	20 (21.1)	23 (24.5)	10 (16.7)	
Memur	19 (16.5)	15 (15.8)	19 (20.2)	16 (26.7)	
Emekli	42 (36.5)	42 (44.2)	33 (35.1)	29 (48.3)	
Serbest Meslek	14 (12.2)	16 (16.8)	16 (17.0)	3 (5)	

Tablo 2. Öğrencilerin Mesleki Farkındalıklarına Göre Dağılımı

	Verilen Cevap	1. Sınıf (n=115) n (%)	2. Sınıf (n=95) n (%)	3. Sınıf (n=94) n (%)	4. Sınıf (n=60) n (%)	p
Kontenjan artışı sizi endişelendiriyor mu?	Evet	104 (90.4)	87 (91.6)	85 (90.4)	55 (91.7)	0.80
	Hayır	11 (9.6)	8 (8.4)	9 (9.6)	5 (8.3)	
Mezun sayısı ihtiyaçtan fazla mı?	Evet	95 (82.6)	79 (83.2)	68 (72.3)	52 (86.7)	0.21
	Hayır	20 (17.4)	16 (16.8)	26 (27.7)	8 (13.3)	
Mesleğinizin istihdam sayısı yeterli mi?	Evet	21 (18.3)	12 (12.6)	11 (11.7)	2 (3.3)	0.09
	Hayır	94 (81.7)	83 (87.4)	83 (88.3)	58 (96.7)	
Mesleğinizin eğitim süresi yeterli mi?	Evet	84 (73)	40 (42.1)	22 (23.4)	31 (51.7)	0.001
	Hayır	31 (27)	55 (57.9)	71 (75.6)	29 (48.3)	
Meslek odanız var mı?	Evet	29 (25.2)	22 (23.2)	23 (24.5)	7 (11.7)	0.001
	Hayır	36 (31.3)	38 (40)	48 (51)	45 (75)	
	Bilmiyorum	50 (43.5)	35 (36.8)	23 (24.5)	8 (13.3)	
Mesleğinizle ilgili bir dernek var mı?	Evet	97 (84.3)	84 (88.4)	83 (88.3)	56 (93.3)	0.01
	Hayır	3 (2.6)	7 (7.4)	5 (5.3)	4 (6.7)	
	Bilmiyorum	15 (13)	4 (4.2)	6 (6.4)	0	
Mesleğinizin akreditasyonu var mı?	Evet	37 (32.2)	18 (18.9)	9 (9.6)	7 (11.7)	0.001
	Hayır	11 (9.6)	19 (20)	44 (46.8)	21 (35)	
	Bilmiyorum	67 (58.3)	58 (61.1)	41 (43.6)	32 (53.3)	

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerin BUÖ toplam skoru ile ilgili faktörler arası ilişki Tablo 5’de sunuldu. BUÖ ile cinsiyet arasında ( $p=0.002$ ,  $r=-0.15$ ), BUÖ ile aile geliri arasında negatif ilişki bulundu ( $p=0.86$   $r=-0.009$ ). BUÖ ile mezun sayısının artışı, iş bulma kaygısı, mesleki saygınlık, tekrar tercih etme durumu ve bölüm memnuniyeti arasında anlamlı ilişki bulundu ( $p<0.05$ ).

### Tartışma

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinin hafif umutsuzluk düzeyinde oldukları ve 2. sınıftan itibaren umut düzeylerinin azaldığı görülürken, son sınıfa doğru ilerledikçe meslek ile ilgili sorulara verilen doğru cevap sayısının arttığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunluğu mezuniyet sonrası iş bulma endişesi yaşamaktadır ve bu endişe 4. sınıfa doğru ilerledikçe artış göstermektedir. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinde, umutsuzluk düzeyi ile cinsiyet, sosyoekonomik düzey, mesleki kaygı ve bölüm memnuniyetinin ilişkili olduğu görülmüştür. Farklı örneklem gruplarında umutsuzluk düzeyi ile cinsiyet farklılığı arasındaki ilişkiyi araştırmaya yönelik

yapılan çalışmaların bulgularının benzer olduğu görülmüştür (5, 15-17). Lise öğrencileri (15) ve üniversite öğrencilerinin (16) umutsuzluk düzeyini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre umut düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda da cinsiyet ile umutsuzluk düzeyi arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Literatür ile uyumlu olarak cinsiyetin umut düzeyleri üzerine etki ettiğini düşünmekteyiz. Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2017 yılında yayınladığı 24643 sayılı “İstatistiklerle Kadın, 2016” başlıklı haber bülteninde, Türkiye’de 15 ve daha yukarı yaşta nüfus içerisinde Genç işsizlik oranının %18,5 olmakla birlikte bu oranın erkeklerde %16,5, kadınlarda ise %22,2 olduğunu belirtmiştir (18). Kadınlarda işsizlik oranının daha yüksek olmasına rağmen çalışmamızda erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre umut düzeylerinin daha düşük olması toplumumuzda erkeklerin aile geçimini sağlamakta daha fazla rol üstlenmesi ile ilişkilendirilebilir. Bu nedenle, diğer çalışmalarda da belirtildiği gibi erkeklerin kadınlara oranla iş bulma konusunda daha fazla endişeye sahip olması ve umutsuzluğu kapılması beklenen bir durumdur (15-17).

Tablo 3. Öğrencilerin Mesleki Kaygı, Mesleki Yeterlilik ve Mesleki Memnuniyet İle İlgili Sorulara Verilen Cevapların Dağılımı

	1. Sınıf (n=115) n(%)	2. Sınıf (n=95) n(%)	3. Sınıf (n=94) n(%)	4. Sınıf (n=60) n(%)	p
İş bulma kaygısı					
Kaygılı değilim	14 (12.2)	15 (15.8)	13 (13.8)	10 (16.7)	0.01
Biraz kaygılıyım	34 (29.6)	46 (48.4)	45 (47.9)	16 (26.7)	
Kaygılıyım	49 (42.6)	27 (28.4)	26 (27.7)	19 (31.7)	
Çok kaygılıyım	15 (13)	7 (7.4)	8 (8.5)	13 (21.7)	
Bilmiyorum	3 (2.6)	0 ( )	2 (2.1)	2 (3.3)	
Mesleki saygınlık					
Hayır düşünmüyorum	55 (47.8)	55 (57.9)	51 (54.3)	43 (71.7)	0.14
Biraz düşünüyorum	41 (35.7)	22 (23.2)	29 (30.9)	13 (21.7)	
Düşünüyorum	13 (11.3)	13 (13.7)	12 (12.8)	3 (5)	
Çok düşünüyorum	3 (2.6)	1 (1.1)	1 (1.1)	0	
Bilmiyorum	3 (2.6)	4 (4.2)	1 (1.1)	1 (1.7)	
Mesleki yeterlilik					
Yeterli değilim	29 (25.2)	36 (37.9)	17 (18.1)	13 (21.7)	0.001
Biraz yeterliyim	43 (37.4)	38 (40)	49 (52.1)	22 (36.7)	
Yeterliyim	17 (14.8)	11 (11.6)	15 (16)	21 (35)	
Çok yeterliyim	5 (4.3)	3 (3.2)	7 (7.4)	3 (5)	
Bilmiyorum	21 (18.3)	7 (7.4)	6 (6.4)	1 (1.7)	
Bölümünüzü tekrardan seçer misiniz?					
Kesinlikle hayır	23 (20)	16 (16.8)	22 (23.4)	18 (30)	0.27
Hayır	39 (33.9)	24 (25.3)	23 (24.5)	15 (25)	
Evet	21 (18.3)	26 (27.4)	28 (29.8)	10 (16.7)	
Kesinlikle evet	10 (8.7)	13 (13.7)	11 (11.7)	6 (10)	
Bilmiyorum	22 (19.1)	15 (15.8)	10 (10.6)	11 (18.3)	
Bölüm memnuniyeti					
Memnun değilim	34 (29.6)	17 (17.9)	26 (27.7)	24 (40)	0.15
Biraz memnunum	51 (44.3)	39 (41.1)	32 (34)	20 (33.3)	
Memnunum	19 (16.5)	31 (32.6)	24 (25.5)	11 (18.3)	
Çok memnunum	6 (5.2)	5 (5.3)	7 (7.4)	2 (3.3)	
Bilmiyorum	5 (4.3)	3 (3.2)	5 (5.4)	3 (5)	

Üngören ve Ehtiyar'ın Türk ve Alman Öğrencilerin umutsuzluk düzeylerini karşılaştırdıkları ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmalarında ailelerinin maddi imkânı düşük olan öğrencilerin umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (19). Devlet ve vakıf üniversitesinde öğrenime devam eden öğrencilerin umutsuzluk düzeylerine etki eden faktörlerin araştırıldığı diğer bir çalışmanın sonuçlarına göre devlet üniversitesinde okuyan öğrencilerin umutsuzluk düzeyi daha yüksektir (20). Bizim çalışmamızda da benzer olarak aile gelir düzeyi ile umut arasında istatistiksel anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. Öğrencilerin ailesinin maddi gelir düzeyi arttıkça umutsuzluk

düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Günümüzde birçok üniversite öğrencisi aldıkları eğitimi yeterli görmemekte ve mezuniyet sonrasında iyi bir işte çalışmak için mesleki ve kişisel gelişimine yönelik özel eğitimler almak istemektedir. Öğrencilerin kongre, sempozyum, seminer, dil okulu ve benzeri olanaklar aracılığı ile kendilerini geliştirmeleri konusunda ailelerinin maddi desteğine ihtiyacı vardır. Bu nedenle; öğrencilerin eğitim için ailelerinden yeterli maddi destek alamamaları kendilerini geliştirmek için motivasyonlarının azalmasına ve geleceğe daha umutsuz bakmalarına sebep olmaktadır.

Tablo 4. Öğrencilerin Beck Umutsuzluk Ölçeği ile ilgili faktörlerin ilişkisinin incelenmesi

	Beck Umutsuzluk Toplam Skoru	
Yaş	r=0.06	p=0.25
Cinsiyet	r=0.15**	p=0.002
Sınıf	r=0.08	p=0.12
Medeni durum	r=0.01	p=0.73
Aile Geliri	r=-0.009*	p=0.86
Tercih Sırası	r=0.07	p=0.13
Kontenjan Artışı	r=-0.01	p=0.76
Mezun Sayısı	r=-0.11*	p=0.03
İstihdam Sayısı	r=0.06	p=0.19
Eğitim Süresi	r=-0.05	p=0.30
İş Bulma Kaygısı	r=0.22**	p=0.001
Mesleki Saygınlık	r=-0.13**	p=0.009
Mesleki Yeterlilik	r=-0.10	p=0.05
Tekrar tercih etme durumu	r=-0.19**	p=0.001
Memnuniyet	r=-0.24	p=0.001

Artan mezun sayısı, iş bulma kaygısı ve mesleki saygınlığın azaldığı düşünceleri Fizyoterapi ve Rehabilitasyon öğrencilerinde umutsuzluk düzeyini etkileyen diğer faktörlerdir. Artan mezun sayısı ile birlikte mesleki saygınlığın azaldığı düşüncesi ve iş bulması kaygısının artması öğrencilerin mesleki gelecekleri konusunda karamsar hissetmelerine neden olmaktadır. Buna göre, mesleki gelecekleri konusunda karamsar olan öğrencilerin umutsuzluk düzeylerinin de artmakta olduğu söylenebilir. Üniversite öğrencilerindeki umutsuzluğun yükselmesinin nedenleri olarak gelişmekte olan bir ülke olan Türkiye’de üniversiteli işsiz sayısının artması, iş bulamama korkusu ve ekonomik kaygılar gösterilmiştir (8, 21, 22). Bir diğer önemli durum, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon eğitimi veren okulların günden güne artan sayı ve kontenjanları ile artan mezun sayısını karşılamakta yetersiz kalan istihdam koşullarının beraberinde rekabeti ve işsizliği getirmesidir. Öğrenciler, sınıfları ilerledikçe bir meslek sahibi olma ve mesleklerini uygulama konusunda gerçekler ile karşılaşmaya başlamaları nedeniyle son sınıf öğrencilerinin iş

bulma kaygı düzeyleri daha yüksektir. Bu iş bulma kaygısı umutsuzluğunun daha da artmasına neden olmaktadır.

Öğrencilerin eğitim almış oldukları bölümden memnun olmamaları onların umutsuzluk düzeylerini arttırmaktadır. Yapılan bir çalışmada hem Türk hem Alman öğrencilerde eğitim memnuniyeti ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır(19). Bizim çalışmamızda bölüm memnuniyetinin 1. sınıfta %16.5, 2. sınıfta %32.6, 3.sınıfta %25.5 ve 4. sınıfta %18.3 olduğu ve umut düzeylerinin de memnuniyet ile negatif ilişkili olduğu görülmüştür. Aynı zamanda, tekrar tercih etme durumu ile umutsuzluk düzeyi ilişkili bulunmuştur. Bölümlerinden memnun olmayan ve tekrar tercih etmeyi düşünmeyen öğrencilerin umutsuzluk puanı daha yüksektir. Eğitim aldıkları bölümden memnun olmamak öğrencilerin gelecekleri hakkında olumsuz düşüncelere kapılmasına, geleceğe umutsuz bakmasına, motivasyonlarının azalmasına ve umutsuzluk düzeylerinin artmasına neden olmaktadır (7, 22).

Sonuç olarak, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin mesleğe yönelik umutsuzluk yaşadıkları ve umutsuzluğa cinsiyet, aile gelir düzeyi, artan mezun sayısı, iş bulma endişesi, mesleki saygınlık, aldığı eğitimden memnun olmama gibi birçok faktörün etkili olduğu saptanmıştır. Umutsuzluk birçok fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklara neden olabileceği için öğrencilerin umutsuzluk durumlarını belirlemek ve değiştirilebilir faktörler için önlem alabilmek gereklidir. Yeni mezun fizyoterapistlerin daha verimli ve kaliteli çalışabilmesi için hayata ve mesleklerine daha umutla bakabilmeleri sağlanmalıdır. Öğrencilerin akademik başarısının, mesleki yeterliliğinin ve memnuniyetinin artırılması için öğretim elemanlarının desteğinin alınması gerektiği ve istihdam artışı ile orantılı olarak mezun verilmesinin iş bulma imkanlarını arttıracığı düşünmekteyiz.

### Kaynaklar

1. Lester D. Hopelessness in undergraduate students around the world: a review. *J Affect Disord.* 2013;150(3):1204-8.
2. Lester D. Hopelessness in adolescents. *J Affect Disord.* 2015;173:221-5.
3. Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi.* 1993;1(3):134-8.



4. Özdel L, Bostancı M, Özdel O, Oğuzhanoglu NK. Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002;3(3):155-61.
5. Şahin C. Eğitim fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin umutsuzluk düzeyleri. *Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2009;27:271-86.
6. Kılıç Sibel, Tektaş Necla, Tuba P. Devlet Ve Vakıf Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeylerinin Karşılaştırılması Ve Umutsuzluk Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2014;182(182):169-86.
7. Gündoğar D, Gül SS, Uskun E, Demirci S, Keçeci D. Üniversite öğrencilerinde yaşam doyumunu yordayan etkenlerin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*. 2007;10(1):14-27.
8. Aydın M, Erdoğan S, Yurdakul M, Eker A. Sağlık yüksekokulu ve sağlık meslek lisesi öğrencilerinin umutsuzluk düzeyleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;4(1):1-6.
9. Oğuztürk Ö, Akça F, Şahin G. Üniversite öğrencilerinde umutsuzluk düzeyi ile problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin bazı değişkenler üzerinden incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*. 2011;14:173-84.
10. Yalçın S, Açıkgöz İ. Sağlık Bilimleri Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2014;11(26): 259-70.
11. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42(6):861-5.
12. Durak A, Palabıyıkoglu R. Beck Umutsuzluk Ölçeği geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi*. 1994;2(2):311-9.
13. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi*. 1993;1(3):139-42.
14. Beck A, Steer R. Manual for the Beck hopelessness scale. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1988.
15. Özmen D, Dünder PE, Çetinkaya AÇ, Taşkın O, Özmen E. Lise öğrencilerinde umutsuzluk ve umutsuzluk düzeyini etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008;9(1):8-15.
16. Cam Celikel F, Erkorkmaz U. Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler ve Umutsuzluk Düzeyleri ile İlişkili Etmenler. *Noropsikiatri Arsivi*. 2008;45(4):122-9.
17. Erdoğan Y. Kişisel ve sosyal uyum düzeylerinin öğretmen adaylarının umutsuzluk düzeylerini yordaması. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 1. 2012;2:123-34.
18. Türkiye İstatistik Kurumu. "İstatistiklerle Kadın, 2016".2017;www.tuik.gov.tr.
19. Üngüren E, Ehtiyar R. Türk ve Alman öğrencilerin umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi: turizm eğitimi alan öğrenciler üzerinde bir araştırma. *Journal of Yasar University*. 2009;4(14):2093-127.
20. Kılıç S, Tektaş N, Pala T. Devlet ve Vakıf Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeylerinin Karşılaştırılması ve Umutsuzluk Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2014;18(2):169-86.
21. Dereli F, Kabataş S. Sağlık yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin iş bulma endişeleri ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*. 2009;26(1):31-6.
22. Gençay S. Beden eğitimi öğretmeni adaylarının umutsuzluk ve yaşam doyumlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2009;8(27):380-8.

## Doğum Sayısının Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi

### The Effect of Number of Birth on Mother-Baby Attachment

Ayça ŞOLT KIRCA<sup>a</sup>  Sevim SAVAŞER<sup>b</sup> 

**ÖZET Amaç:** Bu araştırma, doğum sayısının anne-bebek bağlanmasına etkisinin olup olmadığını belirlemek amacıyla planlanmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırma, tanımlayıcı ve karşılaştırmalı tipte olup, Kasım 2010-Şubat 2011 tarihleri arasında İstanbul ilindeki bir sağlık ocağında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini sağlık ocağına kayıtlı, 4 aylık bebeği olan 50 primipar, 50 multipar olmak üzere toplam 100 anne oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında “Anne-Bebek Tanıtım formu” ve “Maternal Bağlanma Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmanın istatistiksel değerlendirilmesinde t testi, Mann Whitney U testi ve Ki-kare analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** Primipar ve multipar annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre maternal bağlanma ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında; aile tipi, eğitim, doğum şekli, bebeğin cinsiyetinin kız olması, bebeğin istenilen cinsiyette doğması, doğumdan sonra bebeğini ilk kez görme süresi, bebeğini besleme şekli, bebeğine bakım verirken destek alma durumu yönünden benzer olduğu belirlenmiştir. **Sonuç:** Gruplar maternal bağlanma ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında, 30 yaş altında olan, bebeğine isteyerek gebe kalan, bebeği erkek cinsiyetinde doğan primipar annelerin (97,34 ± 4,61), multipar annelere (95,22 ± 5,63) göre anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. **Anahtar Kelimeler:** Anne-bebek, bağlanma, doğum sayısı, ebe, hemşire

**ABSTRACT Objective:** This research was carried out to determine if there is an effect of birth number, on mother-baby attachment, as a comparative illustrator. **Material and Methods:** The Datas of research were got from 100 mothers who are registered to İstanbul, health group presidencies' health clinic. 50 of mothers are primiparous and other 50 mothers are multiparous. Also all of these mothers have 4 months baby. Written permission from the health management and verbal permission from mothers were taken. Datas were collected via Mother-baby introduction form and maternal attachment inventory that can determine mothers' sosyo-demographic and other features. Datas were evaluated with t testi, Mann Whitney U test and Ki-kare analysis. **Results:** According primiparous and multiparous mothers' introduction form with Maternal attachment inventory were compared that it was similar with type of family, type of birth, sex of baby, the way of feeding her baby, the time of first meeting with her baby after birth, whether she was receiving support while giving care to her baby or not. **Conclusions:** When the groups were compared in terms of the mean scores of the maternal attachment scales, primiparous mothers (97,34±4,61), who have male baby,get pregnant willingly and are under 30 age, were higher than multiparous mothers'(95,22 ±5,63).

**Key words:** Attachment, mother-baby, number of birth, midwifery, nurse

### Giriş

Anne-bebek bağlanması, ilk olarak Bowlby (1988) tarafından, anne çocuk arasında sıcak, sürekli, yakın bir ilişkinin olması, bu durumdan her iki tarafın da memnun olması ve haz alması olarak tanımlanmıştır. Bowlby, bebek ve çocuğun fiziksel sağlık gelişimi için vitamin ve proteinler ne kadar önemli ise anne sevgisinin de bebeğin ruhsal sağlığının gelişmesi açısından o kadar önemli olduğunu vurgulamıştır.<sup>1,2</sup> Bağlanma

kuramı, “John Bowlby ve Mary Ainsworth”un çalışmaları ile geliştirilmiş, Freud ve diğer psikanalitik düşünürlerden de etkilenilmiştir.<sup>3,4</sup>

Yapılan birçok çalışmada henüz tam olarak kanıtlanmamasına karşın anne-bebek arasındaki ilk bağlanmanın doğum öncesi dönemde kurulduğu bunu takiben bağlanmanın gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde geliştiği ifade edilmektedir.<sup>5-8</sup>

Geliş Tarihi/Received:31-01-2017 / Kabul Tarihi/Accepted:09-08-2017

<sup>a</sup> Arş. Görv. Ayça ŞOLT KIRCA İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Demirkapı Cad. Karabal Sk. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi içi ,34740 Bakırköy/İSTANBUL/TÜRKİYE,ORCID ID: 0000-0001-6733-5348

<sup>b</sup> Prof. Dr. Sevim SAVAŞER, Biruni Üniversitesi Rektör Yardımcısı, 10. Yıl Caddesi Protokol Yolu No: 45 34010 Topkapı / İSTANBUL/TÜRKİYE

Bebeklik döneminde bağlanma aşamalar halinde gözlenmektedir. Doğumdan hemen sonra insan yavrusunun doğası gereğince başlayan bağlanma; meme arama, başı döndürme, emme, yutma, parmak emme, yakalama, anneye yönelme, beslenme saatlerini sezinleme ve hazırlanma şeklinde kendisini göstermektedir. Sekizinci haftayla birlikte bebek bakıcısına yönelmeye başlamaktadır. Bebek bu dönemden itibaren bakıcısına gülümsemekte, uzun süreli göz ilişkisi kurmakta ve diğer insanlara göre ona daha fazla ses çıkartmaktadır. Onun yanında kendisini daha rahat hissetmektedir.<sup>6,9</sup> Bebeğin dördüncü ayda sosyal, duygusal, dil gelişimi gelişirken, kendisiyle olan konuşmalara ilgisi de artar. Bebek kumru gibi sesler çıkartmaya (cıvıdamaya) başlar. Kıkırdar ve kakhaha atar. Bu ayda bebekler kendi hareketlerinin, çevresinde yaptığı etki ile ilgilenmeye başlar ve onaylandıklarında haz verici etkiler yaratan davranışları tekrar ederler. Anne de bebeğin verdiği sesli tepkileri dinlendikten sonra, bu sesleri taklit edilebilir, jestleri, mimikleri ve onun cıvıdamasına benzer sesler çıkartması ile bebeğini ödüllendirebilir. Ayrıca bu aylarda gaz sıkıntılarının da azalması anne bağlanmasını olumlu yönde etkilemektedir.<sup>10,11</sup> Bağlanma sürecini etkileyen en önemli faktörlerden biride emzirmedir. Bununla birlikte gebeliğin istenilen zamanda olması, gebe kalmaya hazır olma, gebeliğin sağlıklı bir biçimde ilerlemesi, bebeğin sağlıklı olması, annenin postpartum depresyonu bağlanma süreci için önem taşırken,<sup>12,13</sup> ailenin gelir düzeyi, gebeliğin planlanması, ultrason ile bebeğin görüntülenmesi ve fetal hareketlerin bağlanma üzerine etkili olduğu, gebeliğin fiziksel semptomlarının ise bağlanma üzerine etkisinin belirlenemediği bildirilmiştir-tir.<sup>14,15</sup> Ülkemizde anne-bebek bağlanması ile ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda ise bağlanma biçiminin kuşaklar arasında geçiş yaptığı, anne yaşının küçük olması, düşük ekonomik durumun bağlanmayı olumsuz etkilediği, bebek masajının primipar anneler ile bebekleri arasındaki bağlanmayı arttırdığı, gebeliği

planlı olan kadınların maternal- fetüs bağlanmasının gebeliği planlı olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.<sup>8,17-19</sup> Literatürde, anne-bebek bağlanmasını etkileyen birçok faktörün olduğu yönünde pek çok çalışma olmasına rağmen doğum sayısının anne-bebek bağlanmasını nasıl etkilediği yönünde herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmada primipar ve multipar annelerde anne-bebek bağlanması arasında bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini; İstanbul ilinde bir sağlık ocağına kayıtlı, 4 aylık bebeği olan anneler, örnekleme ise bu sağlık ocağında izlenen, araştırma kriterlerine uygun ve araştırmaya gönüllü katılmak isteyen 50 primipar ve 50 multipar olmak üzere toplam 100 anne oluşturmuştur. Çalışmada doğum sonrası 4. ve 5. aylarda maternal kimliğin kazanıldığı, annenin maternal davranışları ile bebeğine bağlanma duygusunun ve maternal yeterliliğin en üst düzeyde olması nedeniyle, örneklem grubu 4 aylık bebeği olan annelerden oluşturulmuştur.

Araştırma verileri Kasım 2010-Şubat 2011 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya alınma kriterleri:

- En az 18 yaş olan,
- En az ilkokul mezunu olan,
- Miadında doğum yapan,
- Çoğul gebeliği olmayan,
- Psikolojik tedavi görmeyen, iletişim bozukluğu, anlama bozukluğu olmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- 4 aylık bebeği olan annelerden olmasıdır.

### Veri toplama araçları

*Anne-bebek tanıtım formu:* Annelerin yaşı, eğitim durumu, sosyal güvencesi, aile yapısı, bu bebeğine isteyerek mi gebe kaldığı?, doğum şekli, bebeğin cinsiyeti, bebeğinin

istediği cinsiyeti mi olduğu?, doğumdan ne kadar süre sonra bebeğini gördüğü, bebeğini nasıl beslediği, bebeğine bakım verirken destek alma durumu sorularından oluşmaktadır. Form araştırmacı tarafından görüşmecilerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

*Maternal Bağlanma Ölçeği-MBÖ (Maternal Attachment Inventory, MAI):* Ölçek Muller tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir.<sup>20</sup> Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ), sevgiyi gösteren, maternal duygu ve davranışları ölçen bir ölçektir. Her bir madde “her zaman” ile “hiçbir zaman” arasında değişen, 4’lü likert tip ve 26 madden oluşmaktadır. Her madde doğrudan ifadeleri içermektedir ve her zaman (a)= 4, hiçbir zaman (d)=1 puan olarak hesaplanır. Yüksek puan, maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 26, en yüksek puan 104 arasında değişmektedir.<sup>21</sup> Ölçek Kavlak ve Şirin tarafından 2009 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmış, Cronbach Alfa İç tutarlık güvenirlik katsayısı, 0.75 olarak belirlenmiştir.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 15,00 programı ile, tanımlayıcı istatistiklerde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, t testi, Mann Whitney U testi, Ki-kare analizi (Pearson, Yates Düzeltmeli Ki-kare ve Fisher Kesin testi) kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < .05$  olarak kabul edilmiştir.

### Araştırma Etiği

Araştırma, verilerinin toplanması için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’nden yazılı izin alınmıştır. Annelere görüşme öncesi, araştırmanın amacı hakkında açıklama

yapılmıştır ve sözlü onamları alınmıştır. Ölçeğin araştırmada kullanımı için gerekli izin alınmıştır.

### Bulgular

Doğum sayısı ile çeşitli değişkenlerin anne-bebek bağlanmasına etkisinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular tablolar halinde sunulmuştur. Tablo 1’de görüldüğü gibi primipar ( $26,42 \pm 4,31$  yıl) ve multipar ( $30,86 \pm 5,04$  yıl) annelerin yaş ortalamalarının t testi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,00$ ).

Tablo 2 incelen-diğinde; primipar annelerin (çoğunlukla) % 36’sının lise, multipar annelerin % 52’sinin ilköğretim mezunu olduğu primipar ve multipar annelerin eğitim durumlarına göre gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,031$ ). Farkın hangi yaş gruplarından kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (satır ki-karesi en yüksek olan lise grubu analiz dışında bırakıldığında) grupların eğitim durumu arasında anlamlı fark olmadığı ( $\chi^2: 4,816; p=0,090$ ), başka bir deyişle farkın lise mezunu grupta yer alan annelerden kaynaklandığı görülmüştür. Primipar grubunda lise mezunu olan annelerin oranı multipar grubundakilerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Sosyal güvence ve aile tipine göre gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p = 0,096, p=1,000$ ).

Tablo 3 incelendiğinde, primipar anneler ( $97,34 \pm 4,61$ ) ile multipar annelerin ( $95,22 \pm 5,63$ ) maternal bağlanma ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p = 0,042$ ).

Tablo 1. Primipar ve multipar gruptaki annelerin yaş ortalamalarının karşılaştırılması

Gruplar /yıl	n	$\bar{X} \pm SS$	t
Primipar	50	$26,42 \pm 4,31$	4,733
Multipar	50	$30,86 \pm 5,04$	(sd: 98)

sd: Serbestlik derecesi

Tablo 2 Primipar ve multipar gruptaki annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=100)

Özellikler	Primipar Grup		Multipar Grup		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Eğitim Durumu						
Eğitimi Yok	2	4,0	7	14,0	8,852 (sd: 3)	0,03
İlköğretim	17	34,0	26	52,0		
Lise	18	36,0	9	18,0		
Üniversite	13	26,0	8	16,0		
Sosyal güvence						
Evet	48	96,0	42	84,0	2,778* (sd: 1)	0,09
Hayır	2	4,0	8	16,0		
Aile Tipi						
Çekirdek Aile	43	86,0	42	84,0	,000* (sd: 1)	1,00
Geniş Aile	7	14,0	8	16,0		
İsteyerek Gebe Kalma						
Evet	48	96,0	28	56,0	19,792* (sd: 1)	0,00
Hayır	2	4,0	22	44,0		
Bebeğin İsteddiği						
Cinsiyette Doğması	47	94,0	35	70,0	8,198 (sd: 1)	0,00
Evet	3	6,0	15	30,0		
Hayır						

\* Gözlerde 25'den küçük gözlenen sayı olduğu için Yates Düzeltmeli Ki-kare analizi yapılmıştır

Tablo 3 Primipar ve Multipar Annelerin Maternal Bağlanma Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=100)

Gruplar	Dağılım aralığı	$\bar{X} \pm SS$	t
Primipar (n=50)	86-104	97,34 $\pm$ 4,61	t=2,060
Multipar (n=50)	79-104	95,22 $\pm$ 5,63	p=,042 (sd: 98)

sd: Serbestlik derecesi

Tablo 4 incelendiğinde, 30 yaş ve altında olan annelerde, primipar olanların maternal bağlanma puan ortalamalarının multipar olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu (p= 0,041), 30 yaştan büyük olan primipar ve multipar annelerin, puan ortalamaları arasındaki farkın ise anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Eğitim durumuna ve aile tipine göre maternal bağlanma ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p> 0.05) Tablo 5 incelendiğinde, bebeğine isteyerek gebe kalan ve bebeği erkek olan primipar annelerin maternal bağlanma puan

ortalamasının (sırayla; 97,63 $\pm$ 4,39; 98,80 $\pm$  3,83) multipar annelerin bağlanma puanlarından (sıraya 93,96 $\pm$ 5,36; 95,65 $\pm$ 4,29) anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırayla; p= 0,003, p= 0,018). Gruplar arasında, kız bebeğin olması, doğum şekli, bebeğin istediği cinsiyette doğması, bebeğini besleme şekli, bebeğini ilk kez görme süresi ve bebeğine bakım verirken destek alma durumuna göre farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p> 0.05).

### Tartışma

Gebeliğin planlanması ve fetüsün bir birey olarak kabul edilmesi, bebeğin anne karnındaki hareketlerinin hissedilmesi, doğum sonrası dönemde anne-bebeğin aynı odayı paylaşması, bebeğin doğumdan hemen sonra çıplak bir şekilde annesiyle kucaklaşmasının sağlanması,<sup>6,12,19,25-28</sup> anne ve bebek arasında yakın beden temasına neden olduğundan emzirmenin başlatılması,

Tablo 4. Primipar ve multipar annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre maternal bağlanma ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve karşılaştırılması (N=100)

Özellikler	Primipar/ Multipar n	Primipar Grup $\bar{X} \pm SS$	Multipar Grup $\bar{X} \pm SS$	Test	p
Yaş Grupları					
30 Yaş Altı	43/23	97,23±4,40	94,61±5,01	U: 343,000	0,041
30 Yaş Üzeri	7/27	98,00±6,16	95,74±6,15	U: 69,000	0,276
Eğitim Durumu					
İlköğretim ve Altı	19/33	98,11±4,51	95,39±5,32	U: 217,500	0,067
Liseve Üniversite	31/17	96,87±4,69	94,88±6,33	U: 219,000	0,336
Aile Tipi					
Çekirdek Aile	43/42	97,19±4,48	95,12±5,70	t(sd:83): 1,860	0,066
Geniş Aile	7/8	98,29±5,65	95,75±5,55	U: 20,000	0,352

Tablo 5. Primipar ve multipar grubundaki annelerin doğum ve bebekleri ile ilgili özelliklerine göre maternal bağlanma puan ortalamaları ve karşılaştırılması (n= 100)

	Primipar/ Multipar n	Primipar Grubu $\bar{X} \pm SS$	Multipar Grubu $\bar{X} \pm SS$	Test	p
Doğum Şekli (Son)					
Normal Doğum	20 / 14	97,60±4,95	93,57±7,19	U: 90,50	0,082
Sezeryan	30 / 36	97,17±4,46	95,86±4,86	t (sd:64): 1,128	0,263
Bebeğine İsteyerek Gebe Kalma					
Evet	48 / 28	97,63±4,39	93,96±5,36	U: 398,00	<b>0,003</b>
Hayır	2 / 22	90,50±6,36	96,82±5,66	AY*	
Bebeğin Cinsiyeti					
Kız	30 / 24	96,37±4,89	94,75±6,85	U: 321,50	0,502
Erkek	20 / 26	98,80±3,83	95,65±4,29	U: 153,500	<b>0,018</b>
Bebeğin İsteddiği Cinsiyette Doğması					
Evet	47 / 35	97,32±4,70	96,20±5,41	t (sd: 80): 1,00	0,321
Hayır	3 / 15	97,67±3,51	92,93±5,64	AY*	
Bebeğini İlk Kez Görme Süresi					
Doğar Doğmaz (ilk 10 dk)	18 / 23	98,39±4,38	95,91±5,12	U: 150,00	0,133
10 dk-2 Saat Arası	32 / 27	96,75±4,70	94,63±6,05	U: 348,00	0,199
Bebeğini Besleme Şekli					
Anne Sütü	38 / 39	96,89±4,59	95,31±5,94	t (sd:75): 1,310	0,194
A.Sütü ve Haz.Mama	10 / 8	98,20±4,87	95,63±4,53	U: 26,50	0,229
Hazır Mama*	2 / 3	101,50±,71	93,00±5,00	AY*	
Bakım Verirken Destek Alma					
Evet	18 / 13	97,83±4,97	96,54±5,75	U: 100,00	0,495
Hayır	32 / 37	97,06±4,46	94,76±5,58	t (sd:67): 1,875	0,065

AY\*: Örneklem sayısı yetersiz olduğu için analiz yapılamadı.

anne-bebek bağlanmasını olumlu şekilde etkilemektedir.<sup>3,16,23-29</sup> Doğum sayısı ile çeşitli değişkenlerin anne-bebek bağlanmasını etkileyeceği düşüncesinden yola çıkılarak yapılan bu araştırmada yer alan annelerin; yaş ortalaması, bebeğine

isteyerek gebe kalma durumu, bebeğin istediği cinsiyette doğması açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 1-2). Çalışmada multipar annelerin yaş ortalamasının, primipar

annelerin yaş ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunması beklendiği bir durumdur (Tablo 1). Grupların yaş ortalamasının benzer olması sağlanmaya çalışılırsa multipar grupta yer alan annelerin çok erken yaşta evlenen ve erken yaşlarda çocuk sahibi olanlardan seçilmesi gerekirdi. Bu durumun mümkün olmayacağı açıktır. Bebeğine isteyerek gebe kalma ve bebeğin istediği cinsiyette doğma durumuna göre gruplar arasında fark olmasında primipar grubun tamamına yakınının (%94-%96) isteyerek gebe kaldığını ve bebeğinin istediği cinsiyette doğduğunu belirtmesinden kaynaklanmış olabilir (Tablo 2).

Çalışmada annelerin MBÖ puan ortalamaları ile aile tipi, doğum şekli, bebeğin kız olması, bebeğin istenilen cinsiyette doğması, bebeğini ilk kez görme süresi, bebeğini besleme şekli ve bakım verirken destek alma durumu incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4-5). Literatür incelemesinde aile tipinin<sup>30,32-34</sup> ve annelerin eğitim durumlarının<sup>8,30-32</sup> maternal bağlanma düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Yapılan bu çalışmaların sonuçları araştırmamızın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Araştırma kapsamında yer alan primipar ve multipar annelerin MBÖ'den aldıkları puan ortalaması anne yaşına göre (30 yaş altı- 30 yaş üzeri) incelendiğinde her iki yaş grubunda yer alan primipar annelerin puan ortalamalarının multipar annelere göre daha yüksek olduğu ancak farkın 30 yaş altındaki primiparlarda anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Çalışmada bebeğine isteyerek gebe kalan primipar annelerin MBÖ puan ortalaması multipar annelerinkinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5). Literatür incelendiğinde, anne yaşı ile anne-bebek bağlanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken<sup>31-32</sup>, isteyerek gebe kalan annelerin maternal bağlanmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur<sup>12,31-33</sup>. Primipar anneler (30 yaşın altındaki), ilk bebeklerine sahip olurken daha çok isteyerek gebe kaldıkları ve annelik rolünü

daha çok arzulamalarından dolayı maternal bağlanma puanlarının yüksek olması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Multipar annelerin MBÖ'den aldıkları puan ortalamalarının düşük olmasında antenatal bakımın yeterli şekilde verilmemiş olması, annenin başka çocuklarının olması ve kültürel etmenlerin etken olduğu düşünülebilir.

Annelerin, şu anda sahip oldukları bebeğin cinsiyetine göre; MBÖ'den aldıkları puan ortalamaları, kız bebeği olan primipar ve multipar anneler arasında anlamlı fark yok iken, bebeği erkek olanlar arasında primipar grup lehine anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 5). Ataerkil bir toplum olmamızın bir getirisi olarak, erkek çocuk sahibi olmayı isteyen ailelerin sayısı da azımsanamayacak boyuttadır. Bu nedenle; primipar annelerin, bebeği erkek olanlarda ölçek puan ortalamasının, bebeği kız olan annelere göre yüksek bulunması erkek çocuğuna olan düşkünlük ile açıklanabilir. Kayacı (2008) araştırmasında; erkek bebeği olan annelerin MBÖ puan ortalamalarının, kız bebeği olan annelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğunu saptamış ancak bebeklerin cinsiyetleri ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel analizde anlamlı fark saptamamıştır.<sup>30</sup> Çalışma bulgusu Kayacı'nın çalışma sonucu ile benzerdir.

Literatürde bebeğin istenilen cinsiyette doğmamasının anne-bebek ilişkisini olumsuz etkileyebileceği hatta istismar ve ihmale neden olabileceği bilgisi yer almaktadır.<sup>8,20,27,35</sup> Çalışmada bebeğin istenilen cinsiyette doğmasına göre annelerin MBÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlense de primipar annelerin ölçek puan ortalamalarının multipar annelere göre yüksek olması annelerin ilk bebeklerinde cinsiyetin daha az önemli olduğunu düşündürmektedir (Tablo 5). Multipar annelerin daha düşük ölçek puanına sahip olmaları bebeğin istenilen cinsiyette doğmaması ile açıklanabilir. Toplumumuzda ailelerin, ilk bebeklerinde cinsiyete yönelik belirgin bir tercihleri

olmasa da, ikinci ve izleyen diğer doğumlarda özellikle annelerin, bebeklerinin ilk çocuklarından farklı bir cinsiyette olmasını isteyebilecekleri düşünülebilir.

### Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonucunda, 4 aylık bebeği olan primipar annelerin maternal bağlanma puan ortalamasının, multipar grupta yer alan annelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Planlı bir gebelik sonucu, annelerin istedikleri cinsiyette bebeğe sahip olmaları ve doğum sonrası erken dönemde anne-bebek etkileşiminin başlatılması çocuğun tüm yaşamını etkileyeceğinden, 1. basamakta çalışan ebe ve hemşirelerin prekonsepsiyonel ve antenatal dönemden başlayarak kitapçık, broşür, dergi ve bunun gibi materyaller eşliğinde annelere eğitim verilmesi (emzirme, bebek bakımı, bebek beslenmesi gibi) önerilebilir.

### Kaynaklar

1. Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. *Am J Psychiatry*.1988; 145(1):1-10
2. Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D. A Newmother-to-infant bonding scale: links with early maternal mood. *Archives Womens Mental Health* 2005; 8:45-51.
3. Kavlak O, Şirin A. Anne-babaya ait bağlanma ve hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2007; 23(2):183-194.
4. Köse D, Çınar N, Altınkaynak S. Yenidoğanın anne ve baba bağlanma süreci. *Sted Dergisi* 2013; (226):239-245.
5. Bloom KC. The development of attachment behaviors in pregnant adolescents. *Nurs Res*. 1995; 44(5) : 284-289.
6. Soysal AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*.2005; 8:88-99.
7. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attachment. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36(3):226-32.
8. Şen S. Anneanne-anne-bebek bağlanmasının incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bornova-İzmir, Türkiye, 2007.
9. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*, Baltimore Maryland, 1994.p.161-165.
10. Arıkan D, Çelebioğlu A, Tüfekçi FG. Çocukluk dönemlerinde büyüme ve gelişme. Conk Z., Başbakkal Z., Yılmaz HB., Bolşık B editörler: *Pediatric Hemşireliği*. 1. Baskı. Ankara; 2013.p.58.
11. Çiftçiabaşı HK. İlk 18 ayda bebeklerin fiziksel, psikomotor ve zihinsel gelişim sürecinde oyunun özellikleri. *Number: Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi* 2004; 40:504-517.
12. Yılmaz DS, Beji KN. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi* 2010; 20(3):99-108.
13. Himani BK, Kumar P. Effect of initiation of breastfeeding within one hour of the delivery on "maternal- infant bonding. *Nursing and Midwifery Research Journal* 2011; July:7(3).
14. Lerum CW, LoBiondo-Wood G. The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment. *Birth* 1989; 16:13-17
15. Salisbury A, Law K, Lyn L, Lagasse L, Lester B. Maternal-fetal attachment. *JAMA* 2003; 289(13):1701.
16. Gürol A. Bebek masajının anne-bebek bağlanması ve emzirme başarısına etkisi.[Doktora Tezi]. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2010
17. Akkoca Y. Doğum sonrasında anne-bebek bağlanmasını etkileyen faktörler.[Uzmanlık Tezi]. Ankara, Türkiye, 2009.
18. Üstünöz A, Güvenç G, Akyüz A, Oflaz F. Comparison of maternal- and paternal-fetal attachment in turkish couples. *Midwifery* 2010; 26:1-9.
19. Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen



- faktörler. Genel Tıp Dergisi 2010; 20(3): 99-108.
20. Muller ME, Montingy. A questionnaire to measure mother to infant attachment. *Journal of Nursing Measurement* 1994; 2:129-141.
  21. Kavlak O, Şirin A. Maternal bağlanma ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması. *Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009; 6(1): 188-202.
  22. Montingny F, Lacharite C. Perceived parenta lefficacy: concept analysis. *Journal Advance Nursing* 2004; 49: 387-396
  23. Levine A, Sharon OZ, Feildman R, Weller A. Oxytocin during pregnancy and early postpartum: individual patterns and maternal-fetal attachment. *Science Direct* 2007;28(6): 1162-1169.
  24. Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJendoorn MH, Lapsley AM, Roisman GI. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Development* 2010; March/April; 81(2):435-456
  25. Brandt KA. Mother-infant interaction and breastfeeding outcome 6 weeks after birth. *JOGNN* 1998; 27: 169-174
  26. Özkan H. Annelik kimlik gelişimi eğitiminin primiparların annelik rolü kazanımına ve bebeğim algısına etkisi. [Doktora Tezi]. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Türkiye,2010.
  27. Tilokskuchai F, Phatthanasiriwethin S, Vichitsukon K, Serisathien Y. Attachment behaviors in mothers of premature infants: a descriptive study in thaimothers. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2002;16(3): 69-83.
  28. İşler A. Prematüre bebeklerde anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında yenidoğan hemşirelerinin rolü. *Perinatoloji Dergisi*.2007;5(1):1-47.
  29. Kennell J, Mcgrath S. Startingthe process of mother-infant bonding. *Acta Paediatrica* 2005; 94: 775-778.
  30. Kayacı M. Maternal bağlanmayı etki eden faktörlerin incelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa, Türkiye, 2008
  31. Kavlak O. Maternal Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması. [Doktora Tezi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye, 2004.
  32. Alan H. Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Desteğin Anne-Bebek Bağlılığına Etkisi. [Yüksek Lisans Tezi]. Selcuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Türkiye, 2011.
  33. Akyürek Eriş H.B. Ergen Annelerde Ebeveynlik Yeterliliğinin Arttırılmasında İlişkisel-Gelişimsel Yaklaşım Modelinin Uygulanması. [Doktora Tezi]. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye, 2007.
  34. Balcı S. İlk Kez Doğum Yapan Annelerin Bebeklerini Algılama Durumları. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, 1997.
  35. Özmert NE. Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-3:aile. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2006; 49: 256-273.

## Gebelikte Romatoid Artrit ve Yönetimi

### Rheumatoid Arthritis and Management in the Pregnancy

Ayşe ÇİL AKINCI<sup>a</sup>  Fatma COŞAR ÇETİN<sup>b</sup> 

**ÖZET** Romatoid artrit eklemleri ve birçok organı tutabilen sistemik, kronik ve otoimmün bir hastalıktır. Gebelikte romatoid artrit aktivitesinde azalma olmakta gebelik ilerledikçe iyileşme düzeyi artmaktadır. Romatoid artritli kadınlarda gebelik genellikle başarıyla sonlanmaktadır. Doğumdan sonraki ilk 3-12 ayda ise kadınlarda hastalık aktivitesi artmaktadır. Romatoid artrit gebelik öncesi yönetiminde hastalık sürecinin stabilize edilmesi, fetal riskleri azaltmak için ilaçların azaltılması ve teratojenik ilaçların kullanımından kaçınılması yer alır. Romatoid artritli kadın, antiromatizmal ilaçları alırken gebe kaldıysa fetal anomali taraması yapılır. Doğum sırasında eklem tutulumu nedeniyle gebeye pozisyon vermek güç olabileceğinden doğum şekline, multidisipliner bir değerlendirme sonrasında karar verilir. Doğum sonrası dönemde romatoid artrit aktivitesindeki artış nedeniyle gebelik öncesi dönemdeki ilaç tedavisi kullanılabilir. Bu nedenle anne sütüne geçen ilaçları kullanan kadınlar bebeklerini emzirmemelidir. Doğum sonrası dönemde eklem sorunları, deformiteleri, sınırlamaları ve hastalığın neden olduğu ağrı nedeniyle bebek bakımı ve beslenmesi zor olabilir. Bu makalede; romatoid artritli kadınlarda gebelik öncesi, gebelik süreci ve doğum sonrası dönemdeki hastalık yönetimi ele alındı.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum sonrası, gebelik, gebelik öncesi, romatoid artrit, tedavi

**ABSTRACT** Rheumatoid arthritis is a systemic, chronic, and autoimmune disease that can involve joints and many organs. There is a decrease in rheumatoid arthritis activity in pregnancy and the recovery level increases as pregnancy progresses. Among women with rheumatoid arthritis, pregnancy usually ends successfully. In the first 3-12 months after birth, the women's disease activity increases. Pre-pregnancy rheumatoid arthritis management includes stabilization of the disease process, reduction of drugs to reduce fetal risks, and avoiding the use of teratogenic drugs. If the woman with rheumatoid arthritis is pregnant while taking antirheumatic medicines, a fetal anomaly scan is done. The type of delivery is decided after a multidisciplinary evaluation because it may be difficult to give a position pregnant woman during labor due to joint involvement. Pre-pregnancy drug treatment can be used due to the increase in rheumatoid arthritis activity in the postpartum period. For this reason women used drugs passing into mother's milk should not breastfeed their babies. In the postpartum period, care and feeding of the baby can be difficult due to the joint problems, deformities, limitations and pain caused by the disease. In this review; disease management during preconceptional, perinatal and postnatal period were addressed in women with rheumatoid arthritis.

**Keywords:** Postnatal, perinatal, preconception, rheumatoid arthritis, treatment

### GİRİŞ

Romatoid artrit (RA) özellikle eklemleri ve eklemlerin yanı sıra birçok organı da tutabilen sistemik, kronik ve otoimmün bir hastalıktır.<sup>1-3</sup> Hastalık primer olarak bağ dokuda ve eklemlerde inflamasyona neden olur. Eklem inflamasyonu simetrik ve multipl periferik eklem inflamasyonu şeklindedir. Hastalık sıklıkla alevlenmeler ve remisyon dönemleri ile seyreder. RA erken ve iyi tedavi edilmediğinde eklemlerde erozyon ve hasara, iş ve gelir kaybına ve kalıcı şekil bozukluklarına yol açar.<sup>1,2,4</sup> RA dünya nüfusunun %1'ini etkilemektedir. Hastalık en sık 30-50'li yaşlarda başlamakta olup kadınlarda erkeklere oranla üç kat daha fazla görülmektedir.<sup>1-6</sup> RA'nın nedeni

kesin olarak bilinmemektedir. Hastalığın etyolojisinde tek başına veya birlikte genetik faktörler, cinsiyet, sigara, bakteriler ve virüsler gibi etkenler yer almaktadır.<sup>1,2,7,8</sup> RA'da başlangıçta spesifik olmayan ağrı, güçsüzlük, genel kırıklık, anoreksi ve kilo kaybı gibi inflamasyona ait klinik belirtiler görülür.<sup>1</sup> Elin parmak eklemleri (%35-40), el başparmak eklemi (%25-30), el bileği (%12-18), ayaklar, dirsek ve diz eklemleri en çok tutulan eklemlerdir. Etkilenen eklemde hareket ile artan ağrı, şişlik, hassasiyet oluşmakta ve sıklıkla bir saatten fazla süren sabah tutukluğu görülmektedir.<sup>9,10</sup> Eklemlerdeki yakınmaların yanı sıra RA'lı hastaların %50'sinde hastalık süresince herhangi bir zamanda eklem dışında

Geliş Tarihi/Received: 20-07-2017 / Kabul Tarihi/Accepted:23-09-2017

<sup>a</sup> **Sorumlu yazar /Correspondence,** Doç. Dr. İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, e-mail: aysecil2003@yahoo.co.ku, ORCID ID: 0000-0001-8270-0446

<sup>b</sup> Yard. Doç. İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ORCID ID: 0000-0001-8755-488X

sistemik bulgular da ortaya çıkmaktadır.<sup>8</sup> Halsizlik, hafif ateş, kilo kaybı gibi sistemik belirtiler hastalığın ilk dönemlerinden itibaren ve bazen de eklem belirtilerinden daha ön planda olarak görülebilirler. RA eklem dışı diğer organ tutulumları da yapabilir. Bunlar; erken dönemde ağrısız, sert ve birkaç mm'den birkaç cm'ye kadar değişen boyutta ve sıklıkla alttaki periosta yapışık bazen hareketli derialtı nodülleri ve başta akciğer, larenks ve kalp olmak üzere birçok organda görülebilen visseral nodüllerdir. Hastalığın ilerlemesi ile kalp tutulumu, akciğer tutulumu, göz tutulumu, nörolojik tutulum, romatoid vaskülit gibi diğer organ hasarları gelişir. Bunların dışında; karaciğer, kas, böbrek tutulumu ve osteoporoz hem hastalığa hem de bu hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçlara bağlı olarak görülebilmektedir.<sup>2</sup> RA tanısı Amerikan Romatizma Derneği (American Rheumatism Association: ARA) tarafından belirlenen kriterlere göre konmaktadır. Sabah katılığı, iki veya daha fazla eklem bölgesinde artrit, el eklemlerinin artrit, simetrik artrit, romatoid nodüller, romatoid faktör, radyografik değişiklikler değerlendirilerek tanı konulmaktadır. Sabah katılığı, iki veya daha fazla eklem bölgesinde artrit, el eklemlerinin artrit, simetrik artrit bulgularının en az 6 haftadan beri devam etmesi tanı koymada yardımcıdır.<sup>2,4,5,11</sup> RA kronik bir hastalık olması nedeniyle küratif tedavisi bulunmamaktadır. Tedavinin amacı ağrıyı ve inflamasyonu azaltmak, eklem hasarını ve diğer komplikasyonları önlemek ve hastaların günlük aktivitelerini sürdürmesini sağlamaktır.<sup>1,2</sup> RA tanısı alan hastalarda hastalığın şiddetine göre farmakolojik tedavi, fizik tedavi ve rehabilitasyon (soğuk uygulama, fizyoterapi, sabitleme, masaj ve elektroterapi), diğer önlemler (bandajlar, uğraş tedavisi, ortezler ve psikoterapi) ve cerrahi tedavi (sinovektomi, palyatif/rekonstrüktif cerrahi) uygulanabilmektedir.<sup>2</sup> Hasta ve ailenin eğitilmesi, mümkün olduğunca bireysel bakımını ve alışılmış rollerini yerine getirmesi yönünde desteklenmesi, düzenli kontrollerin sağlanması ve multidisipliner bir ekip yaklaşımı tedavi başarısını olumlu yönde etkilemektedir.<sup>2,9,12,13</sup> RA'da erken tanı ve uygun farmakolojik tedaviyle (özellikle ilk 2-3 ay içinde) kalıcı eklem hasarı engellenebilmektedir. RA tedavisinde non-steroid anti inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), kortikosteroidler ve hastalık seyrini değiştirici antiromatizmal ilaçlar (disease modifying anti rheumatic drugs: DMARD) kullanılmaktadır.<sup>2,9,12,14,15</sup> NSAİİ; hastalığın seyrini

değiştirmezler, inflamasyona neden olan prostaglandin sentezini önleyerek inflamasyon ve ağrıyı kontrol altına almak için kullanılırlar.<sup>1,2,13</sup> Bu ilaçların antiinflamatuvar özellikleri hastalık aktivitesini hafifletmede ve artralji, serözit ve ateş gibi spesifik semptomları direkt olarak düzeltmede yardımcıdır. Bu ilaçlar genellikle hastalar tarafından iyi tolere edilirler, fakat uzun süreli maruziyet sonucu gastrit, peptik ülser, pıhtılaşma bozuklukları gibi yan etkiler oluşabilir. Altta yatan renal hastalığı olan hastalarda renal fonksiyonlar azalabilir ve hipertansiyon kötüleşebilir.<sup>16</sup> Hastalığın tedavisinde kullanılan bir diğer farmakolojik ajan olan kortikosteroidler içinde en önemlisi kortizol (hidrokortizon)'dür. Düşük doz oral kortikosteroidler ağrıyı ve inflamasyonu azaltır ve kemik erozyonunun gelişimi ve ilerlemesini yavaşlatır.<sup>1,2,13</sup> RA'da düşük doz kortikosteroid tedavisi sık kullanılmaktadır. Kortikosteroidler özellikle hastalık seyrini değiştirici antiromatizmal ilaçlarla birlikte kullanılmaktadırlar. Hastalık seyrini değiştiren ilaçların etkisi ortaya çıktıkça kortikosteroid dozu azaltılır. Kortikosteroidlerin sistemik kullanımlarından başka, eklem içi kullanımları da vardır.<sup>2</sup> Eklem içi kortikosteroid kullanımı geçici bir rahatlama sağlayabilir.<sup>1</sup> DMARD; hastalığın seyrini değiştirerek hastalığı kontrol altına almak ve eklem yıkımını azaltmak amacıyla kullanılmaktadır. Bu ilaçlar aktif enfeksiyon döneminde kullanılmamalıdır. Bu gruba giren ilaçlar; antimalaryaller (klorokin ve hidroksi-klorokin), sulfasalazin, altın tuzları, D-penisil-amin, immüno-supresifler (metotreksat, Azatiyoprin, siklofosamid, leflunomid, vs) ve biyolojik ajanlardır (tümör nekrozis faktör- $\alpha$  blokerleri, anakinra, abatacept, rituksimab). DMARD ilaçların bir kısmında etki yavaş başlar ve etkisi aylar sonra görülür. Ciddi yan etkileri olan bu grup ilaçlar kesilse bile etki ve yan etkileri uzun süre devam edebilir. Bu ilaçlardan immüno-supresif olanların kemik iliği üzerine etkileri olduğundan bu ilaçları kullanan hastaların ayda bir kan sayımı yapılır ve hasta anemi, lökopeni ve trombositopeni yönünden izlenir.<sup>2,13,17</sup>

### Gebelikte Romatoid Artrit

Doğurganlık döneminde RA insidansı 1/2.000'dir.<sup>6</sup> RA'lı hastaların %75-80'inde gebelik döneminde hastalık aktivitesi ve farmakolojik tedavi ihtiyacı azalmakta<sup>18,19</sup> ve % 50'den fazlasında birinci trimesterde düzelme olmaktadır. Gebelik haftası ilerledikçe hastalık

Tablo 1. Gebelikte Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (Food and Drug Administration: FDA) İlaç Emniyet Sınıflandırması<sup>26</sup>

Kategori	Yorum
A	Kontrollü çalışmalarda risk yok. Gebe kadınlarda yapılan yeterli ve iyi kontrollü çalışmalarda gebeliğin erken ve geç dönemlerinde fetüs için herhangi bir risk oluşturmadığı gösterilmiştir.
B	Kontrollü çalışmalarda insanda risk kanıtı yok. Hayvan çalışmalarında fetüs için herhangi bir risk oluşturmadığı gösterilmiştir, fakat insanlarda yapılmış yeterli ve iyi kontrollü çalışmalar mevcut değildir.
C	Risk göz ardı edilemez. Hayvan çalışmalarında fetüse zararlı olduğuna dair kanıtlar yok, fakat gebe kadınlarda yapılmış yeterli ve iyi kontrollü çalışmalar yok. Veya hayvan çalışmalarında yan etki gösterilmiş, ancak gebe kadınlarda yapılmış yeterli ve iyi kontrollü çalışmalar mevcut değildir.
D	Risk için pozitif kanıt mevcut. Hayvan çalışmalarında yan etki gösterilmiştir, fakat gebe kadınlarda yapılmış yeterli ve iyi kontrollü çalışmalar mevcut değildir.
X	veya Hayvan çalışmaları mevcut değildir ve gebe kadınlarda yapılmış yeterli ve iyi kontrollü çalışmalar mevcut değildir. Gebelikte sakıncalı. Hayvan veya insan çalışmalarında fetal anormallikler gösterilmiştir veya insanlardaki fetal risk potansiyel yararlı etkiden daha fazladır.

aktivitesi düzelmeye devam eder, en fazla düzelme genellikle ikinci veya üçüncü trimesterde görülür. Gebelik öncesi dönemde hastalık aktivitesi yüksek olan kadınlarda düzelmeler daha fazla olmaktadır.<sup>4,6,18,19</sup> Gebelikte RA semptomlarındaki düzelmelerin immünolojik değişikliklerden ve hormonal değişikliklerden kaynaklandığı düşünülse de<sup>4,6</sup> düzelmeye neden olan mekanizmalar henüz tam olarak aydınlatılamamıştır.<sup>4</sup> Gebelikte belirtiler genel olarak düzelse bile, RA'nın klinik seyri gebelik öncesi dönemdeki gibi semptomlarda kısa süreli dalgalanmalarla karakterizedir. İlk gebeliğinde hastalık aktivitesinde iyileşme yaşayan çoğu kadın sonraki gebeliklerinde benzer bir iyileşme yaşamaktadır. RA'lı gebelerde genel olarak hastalık aktivitesinde azalma olsa da RA'lı gebelerin dörtte birinde gebelik süresince hastalık aktivitesinde herhangi bir iyileşme görülmemekte ve hatta az sayıda vakada hastalık kötüleşebilmektedir.<sup>4,6,19</sup> RA'lı kadınlarda, gebelik genellikle başarıyla sonlanmaktadır. RA'lı kadınların gebelik-lerindeki düşük oranı normal kadınlardaki düşük oranı ile benzerdir. Spontan düşük, fetüs kaybı, preterm doğum, preeklampsi, fetal büyüme geriliği ya da perinatal mortalitede artış yoktur.<sup>4,6,16,18</sup> RA'lı gebelerde elektif sezaryen oranı sağlıklı kadınlara göre daha yüksektir.<sup>6</sup> Hastaların çoğunda özellikle doğumdan sonraki ilk 3-12 ayda hastalık aktivitesi artmakta ve doğumdan sonraki ilk 6 ay içinde farmakolojik tedavi ihtiyacı artmaktadır.<sup>6,20</sup> Hastalık aktivitesi, bu

dönemde genellikle gebelik öncesindeki düzeye dönmekle birlikte daha kötü de olabilir.<sup>4,20</sup> Doğum sonrasında immün sistemi baskılayıcı faktörlerin ortadan kalkması ve laktasyon sırasında artan prolaktin düzeyinin RA aktivitesinin artmasında etkili olduğu düşünülmektedir.<sup>6,18</sup>

### Gebelik Öncesi Dönemde İzlem

Gebelikte fazla kilo alınması eklem yakınmalarını arttırabileceğinden gebelik planlayan RA'lı kadınların diyeti ve kilosu değerlendirilir, gebelik sırasında kilo kontrolünün sağlanmasına önem verilir.<sup>18</sup> Eğer kadın obez ise obeziteyi azaltmak için girişimlerde bulunulur. Vitamin ve demir açısından zengin bir diyet verilir. Uzun süreli sulfasalazin kullanımı folik asit eksikliği ile sonuçlandığı için ilave folik asit kullanımı önerilir. Sigara kullanıyorsa sigarayı bırakması ve düzenli egzersiz yapması önerilir.<sup>13</sup> Anemi öyküsü varsa, düzenli olarak hemoglobin düzeyi kontrol edilir ve gerekli ise demir, B<sub>12</sub> ve folat tabletleri ile tedavi edilir. Sabah katılığı ve eklemlerdeki hareket kısıtlılığı nedeniyle öz-bakım yeteneği ve ileride bebeğin bakım ve beslenme gibi gereksinimlerini karşılama olasılığı değerlendirilir. Bebek bakımı ve beslenmesi sırasında karşılaşılabileceği sorunları çözmek için doğum öncesi dönemde rehberlik alması, doğum sonrası dönemde ise yardım alması sağlanır.<sup>13</sup>

Tablo 2. Gebelik Sırasında Farmakolojik Tedavi <sup>6,13,17,19,22,25,26</sup>

İlaç	İlaç Grubu	KE*	Öneri		
NSAİİ	Parasetamol	B	Yok	Hamilelik boyunca güvenlidir.	
	Aspirin	D	Yok	Gebeliğin ilk iki trimesteri boyunca, aspirin sadece açıkça ihtiyaç duyulduğunda ve fayda riski aştığında verilir. Üçüncü trimesterde tam doz alındığında fetal ve maternal kanamaya neden olabileceğinden kontraendikedir.	
	Diğer NSAİİ'ler	B/D	Yok	1 ve 2. trimesterde ciddi bir risk oluşturmamakta, fakat 3. trimesterde tehlike oluşturabilmektedir. Özellikle indometazin ve ibuprofen kullananlarda duktus arteriosusun erken kapanma riski vardır.	
	-İbuprofen (Brufen, Nurofen) -Naproksen (Naprosin) -İndometazin (Indomed) -Fenilasetik asit (Diklofenak) -Ketoprofen (Ketocid)				
Kortikosteroidler	Prednizolon (Deltakortril)	C	Yok	İlk trimesterde 15mg'dan düşük ya da eşit olacak şekilde kullanılır.	
DMARD'lar	Antimalar-yaller	Klorokin (Aralen) / Hidrosiklorokin (Plaquenil)	C	Yok	Hamilelik boyunca güvenlidir.
	Sulfasalazin	(Salazopirin)	B	Yok	Hamilelik boyunca güvenlidir.
	İmmuno-süpresifler	Azatiyoprin (Imuran)	D	Yok	Hamilelik boyunca güvenlidir.
		Metotreksat (Maxtrex)	X	Var	Gebelikten 3 ay önce ilaç kesilir.
		Leflunomid (Arava)	X	Var	Gebelik öncesi ilaç kesilir ve kandan ilaç temizlenir.
		Siklofosamid	D	Var	Gebelikten 3 ay önce ilaç kesilir.
	Biyolojik ajanlar	TNF- $\alpha$ blokerleri	B	Yok	Kaçırılan dönemde ya da pozitif gebelik testinden sonra ilaç bırakılır.
		Etanercept (Enbrel)			
Abatacept		C	Var	Gebelikten 3 ay önce ilaç kesilir.	
	Rituximab	C	Var	Gebelikten 6-12 ay önce ilaç kesilir.	

\*KE: Kontraendikasyon

RA'yı kontrol altına almak amacıyla kullanılan farmakolojik ajanların anne ve fetus üzerine olumsuz etkileri olabileceğinden gebelik süresince hatta gebelik öncesi dönemde bu ajanların hem anne hem de fetus üzerindeki olumsuz etkilerini önlemeye yönelik önlemlerin alınması gerekir.<sup>16</sup> RA'nın gebelik öncesi yönetimi altta yatan hastalık sürecinin stabilize edilmesini, erken fetal riskleri en aza indirmek için kullanılan ilaçların azaltılmasını ve bilinen teratojenik ajanların kullanımından kaçınılmasını kapsar.<sup>4</sup> Gebelik planlanırken hastalık aktivitesini değerlendirmek ve ilaç tedavisinde düzenlemeler yapmak için romatolog ile görüşülür. Gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemde farmakolojik ajanların kullanımında Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (Food and Drug Administration: FDA) tarafından yapılan ilaç emniyet sınıflandırması dikkate alınır (Tablo 1). DMARD ilaçlar; NSAİİ'ler veya steroidler gibi diğer ilaçlarla değiştirilebilir.<sup>13</sup> Gebe kalmada sorun yaşandığında, hastaların NSAİİ kullanımını bırakmaları veya dikkatli kullanmaları önerilmektedir.<sup>21</sup> Bu hastalara analjezik olarak parasetamol verilir (Tablo 2). NSAİİ ilaçlar arasında yer alan aspirin artralji ve ateşi tedavi etmede çok etkilidir. Kronik aspirin kullanımı gebeliği ve doğumu uzatabilir ve doğumda maternal kanama riskini arttırabilir. Fetüste ve yenidoğanda kanama, duktus arteriyozusun erken kapanması da aspirin kullanımı ile ilgili bir sorundur. Doğumdan önceki son haftada 5-10 mg aspirin kullanılması anormal trombosit agregasyonuna neden olur annede kan kaybını arttırır, bunun yanında yenidoğanda da kanama komplikasyonlarına ve anormal trombosit agregasyonuna neden olur.<sup>16</sup> Bu olumsuz etkileri nedeniyle NSAİİ'lerin birinci ve ikinci trimesterde az miktarda kullanılması ve gebeliğin üçüncü trimesterinde kullanımının tamamıyla durdurulması önerilmektedir (Tablo 2).<sup>21</sup> Diğer NSAİİ'ler de RA'nın semptomlarını kontrol etmede oldukça etkilidir, fakat bu ilaçların güvenlikleri ile ilgili endişeler de vardır. Üçüncü trimesterde NSAİİ'ler fetal veya obstetrik komplikasyonlara neden olur. İndometazin doğumu baskılar, fetal üriner atımı azaltır. İlave olarak uzun süre indometazin kullanımı duktus arteriyozusun erken kapanmasına neden olur. Bununla birlikte bu bulgu ilacın kesilmesi ile birlikte düzelmektedir. Kısa süreli kullanımları bazı klinik durumlarda yararlı olabilse de uzun süre kullanım için fetüste duktus arteriyozusun ve amniotik sıvı volümünün değerlendirilmesi uygun olur. Aspirin ile birlikte NSAİİ'nin

gebeliğin erken döneminde kullanılmasının teratojenite riskini arttırdığına yönelik bulgu yoktur (Tablo 2).<sup>13,16</sup>

Prednizon gibi kortikosteroidler RA tedavisinin önemli bir parçasıdır. Anneyi tedavi ederken çok az miktarda aktif ilaç fetal dolaşıma geçeceğinden prednizon en ideal kortikosteroiddir.<sup>21</sup> Kortikosteroidlere maruz kalan fetus büyümede gecikme açısından yüksek risklidir, fakat bu durum ilacın etkisinden ziyade annenin altta yatan tıbbi durumu nedeniyle olabilir. Sonuç olarak prednizonun fetus üzerine bilinen bir riskinin olmadığı düşünülmekte ve bu nedenle gebelik sırasında RA tedavisinde kullanılmaktadır (Tablo 2).<sup>16</sup> Kortikosteroid maruziyetinin fetal riskleri anlamlı olmamasına rağmen maternal riskleri açıkça vardır ve bu riskler doz ile ilişkilidir. Bildirilen riskler arasında glikoz intoleransı, enfeksiyona eğilim, katarakt, osteopeni, hipertansiyon, femoral kemik başında avasküler nekroz yer alır. Bu nedenle RA alevlenmelerinde hastayı etkili en düşük doz ile tedavi etme yoluna gidilmelidir.<sup>16,21</sup> Yine gebelik sırasında ortaya çıkabilen osteopeni gibi sorunlar kortikosteroidlerle daha da kötüleşebilir; bu nedenle uygun izlem ve kalsiyum ve D vitamini takviyesi yapılır.<sup>21</sup>

DMARD'lar arasında yer alan antimalaryallerin gebelik sırasında kullanılması tartışmalıdır. Bununla birlikte gebelik sırasında hastalığı kontrol etmek için gereksinim duyulan en düşük dozda antimalaryal tedaviye devam etmek bazı klinik durumlarda uygun olabilir.<sup>16</sup> Klorokin (Aralen) ve hidroklorin (Plaguénil) romatoid artrit tedavisinde kullanılan antimalaryal ilaçlardır. Hidroklorin daha az toksiktir ve klinik pratikte klorokinden daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Günlük olarak 200-400 mg dozunda hidroklorin kullanımının konjenital anomali veya düşük riskinde artışa neden olmadığı bildirilmekte,<sup>16,19,21</sup> hidroklorin kullanan gebelerde retinal toksisiteyi değerlendirmek için 6-12 ayda bir göz muayenesinin yapılması önerilmektedir.<sup>16</sup> Kısaca belirtmek gerekirse gebelik öncesi, gebelik sırasında ve emzirme döneminde hidroklorin kullanımı güvenlidir (Tablo 2).<sup>21</sup> DMARD arasında yer alan sulfasalazin kullanan hastalarda folat eksikliği görülebilir, bu nedenle gebe kadınlarda sulfasalazin kullanımı sırasında en az 800 µg folik asit replasmanına devam edilmesi ve bazen arttırılması gerekebilir.<sup>21</sup>

Gebelik sırasında kullanılmasına izin verilen tek immünoşüpresif ajan azatiyoprin (Imuran)'dır (Tablo 2). Romatolojik hastalığı

olanlarda yaygın olarak kullanılan metotreksat ve siklofosfamidin hayatı tehdit eden bir hastalık olmadıkça ve diğer önlemler yetersiz kalmadıkça gebelikte kullanılması önerilmez.<sup>16,19</sup> İlaç toksisitesi açısından izlem; her 1-3 ayda bir tam kan sayımı, trombosit sayımı ve karaciğer fonksiyon testlerinin bakılmasını kapsar. Azatiyoprine uterusu maruz kalan bazı infantlarda doğumda lökopeni ve trombositopeni görüldüğünden üçüncü trimesterde aylık izlem yapılması önerilmektedir. Maternal lökosit sayısı anlamlı derecede normalin altına düşerse azatiyoprin dozu yarıya bırakılır. Fetal karaciğerde azatiyoprini aktif metabolitlerine çeviren enzim eksik olduğundan gebeliğin erken dönemlerinde fetüs azatiyoprinin etkilerinden korunmalıdır. Azatiyoprin ile tedavi edilen gebelerde maternal hastalığın ve uygun fetal büyümenin izlenmesi gerekir. Sonuç olarak gebelik sırasında azatiyoprin kullanımının yararları risklerinden fazla olduğu için bu ajan dikkatli bir şekilde kullanılmalıdır.<sup>16</sup> Gebelikte metotreksat kullanımı fetal anomali riski oluşturmaktadır. Çocuk doğurma potansiyeline sahip tüm kadınlara, metotreksat alırken güvenilir biçimde kontrasepsiyon kullanmaları önerilir. Yakın gelecekte gebelik planlanması veya hekim hastanın kontrasepsiyon yöntemlerinin güvenilir olmadığını düşün-düğünde alternatif ajanların kullanımı düşünülür. Aynı kısıtlamalar erkek hastalar için de geçerlidir. Metotreksat kullanan bir kadın gebe kalırsa, metotreksatı bırakmalı, konjenital anomali riski yönünden değerlendirme yapılmalıdır.<sup>19,21</sup> Metotreksat tedavisi gören bir kadın gebelik planlarsa, ilacın elimine edilmesi için gebe kalmadan en az 3 ay önce metotreksatı bırakması önerilmektedir.<sup>19,21</sup> Leflunomidin hayvanlarda başta merkezi sinir sistemi ve iskelet anomalileri olmak üzere fetal anomallilere neden olduğu bilinmektedir. Leflunomid gebelikten iki yıl öncesine veya plazmaya leflunomid düzeyleri 0.02 mg / L'in altına düşünceye kadar kesilir. Eğer leflunomid ile tedavi edilen bir kadın gebe kalmak istiyorsa, ilaç durdurulur ve kan seviyelerini bu seviyeye düşürmek için kolestiramin verilir. Bu arada kontraseptif önlemler alınır.<sup>19,21</sup> Gebelik öncesi hastalık aktivitesi değerlendirildikten sonra immüno-süpresif ilaçlardan siklofosfamid gebelikten üç ay önce kesilir.<sup>18</sup> Siklofosfamid gebeliğin ilk yarısında kontrendike olup, gebeliğin ikinci yarısında hastalık aktivitesi fazla olan kadınlarda dikkatle kullanılır.<sup>21</sup> Gebelik öncesi ve gebeliğin erken dönemlerinde gelişen fetüsün biyolojik ajanlar içerisinde yer alan TNF- $\alpha$  blokerlerine

maruziyetten olumsuz bir şekilde etkilenmediği ve gebeliğin ilerleyen aşamalarında hastalık aktivitesi yüksek olan kadınlarda devam eden TNF inhibisyonunun potansiyel yararlarının zararlarına ağır basabileceği bildirilmektedir.<sup>22</sup> Bu ilaçların fetüs üzerindeki etkileri tam olarak bilinmemektedir. İlave olarak bu ilaçlar protein yapısındadır, gastrointestinal sistemde sindirilirler ve sistemik dolaşıma absorbe edilmezler. Yine de dikkatli kullanılmaları sağlanmalı ve uygun kullanım konusunda kadınlara danışmanlık verilmelidir.<sup>21</sup> RA'lı kadın, biyolojik ajanları kullanırken gebe kalırsa konjenital anomali açısından prenatal değerlendirme yapılmalıdır.<sup>13</sup>

### Gebelik Döneminde Tedavi ve İzlem

RA'lı hastalarda obstetrik izleme yönelik özel bir kılavuz bulunmamaktadır. Preterm doğum, preeklampsi veya fetal büyüme geriliği yönünden belirgin olarak artmış bir risk olmadığından, normal obstetrik bakım için yapılan obstetrik izleme devam edilir.<sup>23</sup> Gebe RA ile ilgili sorun yaşıyorsa romatolog tarafından gebelik boyunca 2-4 haftada bir değerlendirilir. Dinlenme RA'nın yönetimde önemlidir, bu nedenle RA'lı gebenin yeterli düzeyde dinlenmesi sağlanır. Fizik tedavi, hastalığı gebelik sırasında düzelmeyen RA'lı gebelerde yararlı olabilir. Basit analjezi için parasetamol kullanılması önerilir. Mümkünse NSAİİ'lerden ve aspirin kullanımından kaçınılır. NSAİİ gerekli olduğunda inflamasyonu kontrol altına almak için gereken minimum dozda kullanılır. Gebelik sırasında hastalık aktivitesinde iyileşme olmayan hastalarda kortikosteroidler kullanılabilir. Gebelik süre-since düşük dozlarda prednizon RA'yı kontrol altında tutmak için genellikle yeterli olur. Gebelikte gerekliyse intraartiküler steroidler de kullanılabilir. Obstetrik bakım sağlayan hekim özellikle hastanın DMARD veya steroid kullanması durumunda romatolog ile işbirliği içinde çalışır. Hidroksiklorokin kullanan gebelerin ilaç toksisitesi yönünden değerlendirilmesi için bir oftalmolog tarafından göz muayenesinin yapılması gerekebilir. Metotreksat ilk trimesterde kesinlikle kontrendikedir ve bundan sonra da nispeten kontraendikedir. Leflunomid (Arava), gebe kadınlarda değil aynı zamanda gebelik planlayan üreme çağında kadınlarda da kontrendikedir. Anti-TNF ilaçların gebelikte güvenliği bilinmemektedir ve bu nedenle kullanımından kaçınılır (Tablo 2).<sup>4,22,23</sup>

### Doğum Sürecinde Tedavi ve İzlem

RA gebelik sonuçlarında hiç ya da çok az olumsuz etkiye sahiptir. Nadir olarak, ağır deforme RA vajinal doğum mekaniği için bir sorun teşkil edebilir; bu tür durumlar önceden belli olduğundan gerekli planlamalar yapılır.<sup>4</sup> Doğum sırasında eklem tutulumuna göre gebeye pozisyon verilmesinde güçlük karşılaşılabılır. Kalçaların abduksiyonuyla ilgili problemler, özellikle litotomi pozisyonunun sağlanmasında sorun oluşturabilir. Doğum şekli, gebenin takibinde multidisipliner bir değerlendirme sonrası kararlaştırılır. Sezeryan doğumun RA'lı gebelerde yaygın olarak kullanıldığı bildirilmekle birlikte hastalık aktivitesi düşük olan gebelere göre hastalık aktivitesi orta-yüksek olan gebelerde sezeryan doğum oranlarının daha fazla olduğu da bildirilmektedir.<sup>24</sup> Bir önceki yılda kronik kortikosteroid tedavisi gören tüm hastalara sezeryan doğum sırasında ya da doğum sırasında stres dozu kortikosteroid verilir. Bu uygulama bu hastalarda beklenen endojen adrenal yetmezliği ortadan kaldırır.<sup>4,25</sup>

### Doğum Sonrası Dönemde Tedavi ve İzlem

RA'lı kadınların yaklaşık % 90'ı doğumdan sonraki ilk 3 ay içinde RA atağı geçirir, bu risk ilk gebelikten sonra biraz daha yüksektir. RA'lı kadınların çoğunda postpartum dönemde belirtiler akut ve şiddetli bir şekilde başlayabileceğinden RA'lı kadınlarda doğum sonrası dönemde eklemlerdeki ağrı nedeniyle depresyon görülebilir. İlave olarak postpartum dönemde belirtiler akut ve şiddetli bir şekilde başlayabileceğinden gebelik öncesi ilaç tedavisine dönülebilir. Annelerin ilaçların anne sütüne geçişi ile ilgili olarak bilgilendirilmeleri, anne sütüne geçen ilaçları kullanan annelerin bebeklerini emzirmemesi sağlanır. Amerikan Peditari Akademisi (Amerikan Academy of Pediatrics: AAP) tarafından emzirmeye uyumlu olduğu düşünülen NSAİİ'ler; ibuprofen, indometazin, diklofenak, naproksen, piroksikam, ketorolak ve tolmetin'dir. İbuprofen, anne sütünde düşük bir seviyededir ve kısa yarılanma ömrüne sahiptir ve bu nedenle laktasyondaki anne için analjezik olarak uygun bir seçenektir. Küçük-orta dozlarda kortikosteroid kullanan kadınlarda süte ölçülen ilaç düzeyi anne tarafından alınan toplam prednizolon dozunun tipik olarak % 0.1'inden azdır ve bebeğin endojen kortizol üretiminin %10'undan azdır. Bu dozdaki kortikosteroidlerin gelişmekte olan bebeğe olumsuz etkileri bulunmamaktadır. Hidroksiklorin anne sütüne geçme oranı çok

düşüktür ve bu düzeyin toksik olduğu düşünülmektedir. Sulfasalazin kullanan annelerin bebeklerinde yenidoğan sarılığı görülebilir. Bu nedenle preterm doğan veya sarılığı olan bebeklerin annelerinin laktasyon sırasında sulfasalazin kullanımını 1-2 ay bırakması gerekebilir. Prematürürite, hiperbilirubinemi veya diğer akut stresler dışında sulfasalazin laktasyon sırasında güvenli kabul edilir. Azatiyoprinin, emzirme döneminde bebeğe yüksek bir risk oluşturmadan alınabileceği düşünülmektedir. Siklofosamid kullanımı sırasında laktasyon kontrendikedir. Metotreksat ve leflunomid maruziyetinin bebeği nasıl etkileyebileceği bilinmemektedir ve bu nedenle metotreksatın ve leflunomidin daha fazla veri elde edilinceye kadar emzirme sırasında kullanımının güvensiz olduğu düşünülmektedir.<sup>21</sup> Yine hastalık nedeniyle ortaya çıkan eklem problemleri, şekil bozuklukları, kısıtlılıklar, ağrı bebeği tutma ve besleme gibi maternal başa çıkma becerilerini engelleyebilir. Bu konuda anneye yardım sağlanır. Hareketi yetersiz olan annelerin doğum sonrası venöz tromboemboli riski altında olması nedeniyle koruyucu önlemler alınır.<sup>4,13</sup>

### Sonuç

RA'lı gebelerde hastalık aktivitesinde azalma olmakta gebelik haftası ilerledikçe hastalık aktivitesindeki azalma miktarı artmakta ve gebelikler genellikle başarıyla sonlanmaktadır. Bununla birlikte doğumdan sonraki ilk 3-12 ayda kadınlarda hastalık aktivitesi artmaktadır. RA'nın gebelik öncesi yönetimi hastalık aktivitesinin kontrol altına alınması, fetal riskleri azaltmak için kullanılan tedavi protokollerinin yeniden düzenlenmesi ve teratojenik ilaçların kullanımından kaçınılması gerekir. Bazı ilaçların (metotreksat ve siklofosamid gibi) gebelikten 3 ay önce kullanımının bırakılması gerekir. Yine leflunomid gebelikten iki yıl öncesine veya plazmaya leflunomid düzeyleri 0.02 mg / L'in altına düşünceye kadar kesilir. RA'lı kadın, metotreksat, siklofosamid ve leflunomid gibi DMARD ilaçları alırken hamile kalırsa derhal tıbbi tedavi bırakılır, konjenital anomali yönünden tarama yapılır. NSAİİ'ler birinci ve ikinci trimesterde düşük düzeyde kullanılabilir, gebeliğin üçüncü trimesterinde tamamıyla durdurulur. Kortikosterod kullanımına gebelik süresince devam edilir. DMARD ilaçlardan antimalaryaller, sulfasalazin ve azatiyoprin gebelik sırasında kullanılabilir. Doğum sırasında eklem tutulumu nedeniyle gebeye pozisyon



vermek güç olabilir. Doğum şekline, multidisipliner bir değerlendirme sonrasında karar verilir. Doğum sonrası dönemde hastalık aktivitesinde artış olabileceğinden gebelik öncesi dönemdeki ilaç tedavisine dönülebilir. Anne sütüne geçen ilaçları kullanan annelerin bebeklerini emzirmemesi sağlanır.

### Kaynaklar

1. Güneş Z. İmmün sistem hastalıkları. İçinde: Çelik S, Yeşilbalkan ÖU, çeviri editörleri. Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık; 2015. ss 348-379.
2. Memiş S. Romatizmal hastalıklar. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, editörler. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, İstanbul: Nobel Kitabevi; 2010. ss 1357-1379.
3. Rupp I, Boshuizen HC, Jacobi CE, Dinant HJ, van den Bos GA. Impact of fatigue on health-related quality of life in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research* 2004; 51(4):578-585.
4. Denney JM, Porter TF, Branch DW. Autoimmune diseases. In: James D, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B, Crowther CA., Robson SC, eds. *High Risk Pregnancy Management Options*. China: Saunders; 2011. pp 763-794.
5. Kınıklı G. Romatoid Artrit. İçinde: Düzgün N, editör. *Romatoloji, Pfizer İnflamasyon*; 2011. ss 124-140. Available: <http://ichastaliklariromatoloji.medicine.ankara.edu.tr/files/2014/02/Romatoid-Artrit.pdf> via the INTERNET. Accessed 2017 March 11.
6. A Gcelu. Rheumatic diseases and pregnancy. *South African Medical Journal* 2014; 104(9): 643.
7. Nikolaus S, Bode C, Taal E, de Laar MA. Fatigue and factors related to fatigue in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Care & Research* 2013; 65(7): 1128-1146.
8. Özsoy MH, Altinel L, Başarır K, Çavuşoğlu AT, Dinçel VE. Romatoid artritte eklem hastalığının patogenezi. *TOTBID Dergisi* 2006; 3: 101-110.
9. Behzad Heidari, Rheumatoid Arthritis: Early diagnosis and treatment outcomes. *Caspian Journal of Internal Medicine* 2011; 2(1): 161-170.
10. Hewlett S, Carr M, Ryan S, Kirwan J, Richards P, Carr A, Hughes R. Outcomes generated by patients with rheumatoid arthritis: how important are they? *Musculoskeletal Care* 2005; 3(3): 131-142.
11. MacGregor JA, Silman JA. Classification and epidemiology. In: *Rheumatology*. Ed's; Hochberg CM, Silman JA, Weinblatt EM, Weisman HM, Smolen SJ. Mosby, Fourth Edition, 2008, pp;755-761.
12. Cornell P. Management of patients with rheumatoid arthritis. *Nursing Standard* 2007; 22(4): 51-57.
13. Pincus T, Yazıcı Y, Sokka T, Aletaha D, Smolen J. Methotrexate as the "anchor drug" for the treatment of early rheumatoid arthritis. *Clinical and Experimental Rheumatology* 2003; 21: S179-85.
14. Robson SE, Hodgett S. Autoimmun disorders. In: Robson SE, Waugh J, eds. *Medical Disorders in Pregnancy: A Manual for Midwives*. Singapore: Blackwell Publishing Ltd; 2008. pp 137-146.
15. Yıldırım R, Yazıcı Y. Romatoid artritte erken tedavi. *RAED Dergisi* 2012; 4(2): 59-67.
16. Peaceman A, Ramsey-Goldman R. Autoimmune Connective Tissue Disease in Pregnancy. *The Global Library for Women's Medicine* 2008. Available: [https://www.glowm.com/section\\_view/heading/Autoimmune%20Connective%20Tissue%20Disease%20in%20Pregnancy/item/167](https://www.glowm.com/section_view/heading/Autoimmune%20Connective%20Tissue%20Disease%20in%20Pregnancy/item/167) via the INTERNET. Accessed 2017 March 11.
17. Demirel A, Kırnay M. Romatoid artrit tedavisinde geleneksel ve güncel yaklaşımlar. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 19(1) 74-84.
18. Çalgüneri M, Akdoğan A. Gebelik ve romatolojik hastalıklar. İçinde: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürcan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K, editörler. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi* 1. Cilt. 2. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2008. ss 321-331.
19. Mitchell K, Kaul M, Clowse MEB. The management of rheumatic diseases in pregnancy. *Scandinavian Journal of Rheumatology* 2010; 39(2): 99-108.
20. Jain V, Gordon C. Managing pregnancy in inflammatory rheumatological diseases. *Arthritis Research & Therapy* 2011; 13: 206.
21. Elliott AB, Chakravarty EF. Immunosuppressive medications during pregnancy and lactation in women with autoimmune diseases. *Women's Health* (2010); 6(3): 431-442.
22. Temprano KK, Florea SC, Salt E. Rheumatoid Arthritis and Pregnancy. *Medscape*. Jul 24, 2015. Available: <http://emedicine.medscape.com/article/335186-overview#a1> via the INTERNET. Accessed 2017 July 11.
23. Gomes V, Mesquita A, Capela C. Autoimmune diseases and pregnancy: Analysis of a series of cases. *BMC Research Notes* 2015; 8(1): 216.
24. Gerosa M, Schioppo T, Meroni PL. Challenges and treatment options for rheumatoid arthritis during pregnancy. *Expert Opin Pharmacother* 2016; 17(11): 1539-47.
25. Bozkurt M, Uçar D. Gebelikte Romatoid Artrit Tedavisi: Derleme. *Konuralp Tıp Dergisi* 2013; 5(2): 62-69
26. de Man YA, Hazes JM, van der Heide H, et al. Association of higher rheumatoid arthritis disease activity during pregnancy with lower birth weight: results of a national prospective study. *Arthritis Rheum*. 2009; 60(11): 3196-3206

## D Vitamini ve İn Vitro Fertilizasyon Sonuçları Üzerine Bir Derleme

### A Review on the Vitamin D and In Vitro Fertilization Outcomes

İlkay BOZ<sup>a</sup>  Gamze TESKERECİ<sup>b</sup> 

**ÖZET** D vitamininin kalsiyum-fosfor dengesinin sürdürülmesi ve kemik mineralizasyonundaki fonksiyonu oldukça iyi bilinse de üremeye etkisi tartışmalı bir konudur. Ulusal ve uluslararası çalışmalarda D vitamini eksikliğinin üreme çağındaki kadınlarda oldukça yaygın olduğu görülmektedir. D vitamininin seks steroid hormonlarıyla birlikte, kadın ve erkek üreme süreçlerinde etkili olduğu bilinmektedir. D vitamini reseptörlerinin ve vitamini metabolize eden enzimlerin üreme organlarında bulunması bu görüşü desteklemektedir. D vitamini eksikliği; infertilitenin etiyolojik faktörleri olan miyom, endometriozis, polikistik over, düşük ovarian rezervi, düşük total sperm sayısı ve testosteron düzeyi ile ilişkilendirilmektedir. D vitamini eksikliğinin İn Vitro Fertilizasyon sonuçları üzerinde etkilerini inceleyen 13 çalışmaya ulaşılmıştır. Ülkemizde bu konuda yapılan bir çalışmaya ulaşılmamıştır. Ayrıca bu alanda yapılmış iki adet sistematik derleme bulunmaktadır. Ancak tedavi öncesi rutin D vitamini takibi ve eksikliğine ilişkin tedavi ve bakımın yaygınlaştırılması için büyük ölçekli, kohort ve deneysel çalışmalara gereksinim vardır.

**Anahtar Kelimeler:** D vitamini, infertilite, İn Vitro Fertilizasyon, gebelik sonucu

**ABSTRACT** The effect on reproductive process of vitamin D is a controversial issue although the function on the bone mineralization and maintaining of the calcium-phosphorus balance of vitamin D is quite well-known. National and international studies show that vitamin D deficiency is quite common among women of reproductive age. Vitamin D with sex steroids are known to be effective in male and female reproductive processes. It supports the view that the presence of the reproductive tissue of Vitamin D receptors and enzymes that metabolize Vitamin D. In the literature, Vitamin D deficiency is associated with etiologic factors of infertility such as fibroids, endometriosis, polycystic ovary syndrome, low ovarian reserve, lower total sperm counts and testosterone levels. In this review, 13 research were achieved examining the impact on In Vitro Fertilization results of Vitamin D. In our country, it could not be reached to a study in this issue. Also, there are two systematic review in this issue. To routine monitoring of vitamin D and promoting of treatment and care in the lack of Vitamin D, large-scale, experimental and cohort studies are needed.

**Key words:** Vitamin D, infertility, In Vitro Fertilization, pregnancy outcome

#### Giriş

Geleneksel olarak D vitamininin kemik metabolizması ve kalsiyum-fosfor dengesi üzerine rolleri olduğu bilinmektedir.<sup>1,2</sup> Son yıllardaki pek çok invitro ve invivo çalışma D vitamininin non-kalselik rollerinin olduğunu ortaya çıkartmıştır.<sup>3-7</sup> Dahası çalışmalar D vitamini eksikliğinin jinekolojik ve obstetrik hastalıkların gelişiminde rol oynayabileceğini de göstermektedir.<sup>8,9</sup> Özellikle D vitamininin üreme sağlığı ve infertilite alanındaki etkileri yakından incelenmektedir.<sup>10</sup>

Bilindiği üzere, D vitamininin %80-90'ı güneş ışığının etkisiyle ciltte üretilirken, geri kalanı beslenme yoluyla elde edilmektedir.<sup>11,12</sup>

D vitamininin ultraviyole ışınlarıyla deride sentezlenen kolekalsiferol (Vitamin D3) ve başlıca balık, süt ürünleri ve yumurta olmak üzere besinlerle alınan ergokalsiferol (Vitamin D2) olmak üzere iki temel kaynağı vardır. D2 ve D3 vitaminlerinin her ikisi de aynı yolla metabolize olduğundan ortak bir isimle D vitamini olarak adlandırılmaktadır.<sup>11</sup> Ciltten ve beslenmeden gelen D vitamini, 25 hidroksilase enzimi ile 25 (OH)D'ye karaciğerde metabolize edilmektedir. D vitamininin sentezi tamamlandıktan sonra hedef hücrelerde fonksiyon görmektedir. D vitamininin sentezi ile gebelik ve üreme üzerine dolaylı etkisi Şekil 1'de özetlenmiştir.

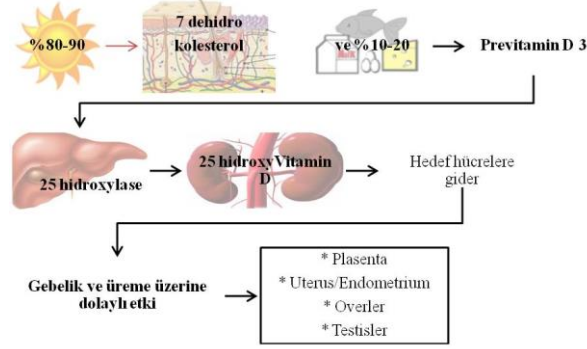
Geliş Tarihi/Received: 02-01-2017 / Kabul Tarihi/Accepted 24-08-2017

<sup>a</sup> Yrd. Doç. Dr. İlkay BOZ, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, 07058 Kampüs, Antalya/TÜRKİYE, E-Posta : [ilkayarslan@akdeniz.edu.tr](mailto:ilkayarslan@akdeniz.edu.tr);

ORCID ID: 0000-0002-3529-9351

<sup>b</sup> Dr. Gamze TESKERECİ, e-Posta: [gteskereci@gmail.com](mailto:gteskereci@gmail.com) , ORCID ID: 0000-0003-0298-9716

**Sorumlu yazar /Correspondence:** Dr. Gamze TESKERECİ, [gteskereci@gmail.com](mailto:gteskereci@gmail.com)



Şekil 1. D Vitamininin Sentezinin Üreme ve Gebelik Üzerine Etkisi

### D Vitamini Eksikliğinin İnfertilite Etiyolojik Faktörleriyle İlişkisi

D vitamini eksikliğinin infertilitenin etiyolojik faktörleri arasında yer alan endometriozis<sup>13-16</sup>, polikistik over<sup>17-20</sup>, uterin fibroidler<sup>21-23</sup>, semen kalitesi<sup>24,25</sup> ve testosteron düzeyi<sup>26,27</sup> ile ilişkili olduğu çalışmalarla ortaya çıkartılmıştır. Ayrıca ovarian yetmezlik ile D vitamini ilişkisini kanıtlayan çalışmalara ulaşılmaktadır. Bu çalışmalardan birinde ovarian foliküler sıvıdaki D vitamini düzeyinin anti-mülerian hormon salınımı ile pozitif ilişkide olduğu ve D vitamini düzeyinin ovarian sağlık için önemli hücrelerden biri olan human granül hücreleri etkileyebileceği, böylece üreme üzerinde etkili olduğu saptanmıştır.<sup>28</sup> Abdul-Rasheed ve ark.<sup>29</sup>, D vitamini düzeyi ile anti-mülerian hormon arasındaki ilişkiyi incelediklerinde, infertil grupta D vitamini düzeyinin ( $35.38 \pm 5.83$  ng/mL), fertil olan kontrol gruba ( $49.99 \pm 12.90$  ng/mL) göre anlamlı düzeyde düşük olduğunu saptamıştır. Ayrıca aynı çalışmada D vitamini düzeyi arttıkça, anti-mülerian hormon düzeyinin arttığı, beden kitle indeksi arttığında anti-mülerian hormon düzeyinin azaldığı bulunmuştur. Türkiye’den Konya’da 63 kadınlı yapılan bir vaka-kontrol çalışmasında primer ovarian yetmezliği olan kadınlarda D vitamini eksikliği, sağlıklı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.<sup>30</sup>

### İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda D Vitamini Düzeyi

D vitamininin değerlendirilmesinde kanda 25(OH)D seviyesi dikkate alınmaktadır. Değerlendirmede 25(OH)D seviyesi 30-80 ng/mL arasında ise D vitamini düzeyi yeterli; 20-29 ng/ml ise D vitamini düzeyi yetersiz; <20 ng/ml ise D vitamini düzeyi düşük olarak tanımlanmaktadır.<sup>11,31</sup> İnfertilite tedavisi gören kadınlarda D vitamini düzeyinin düşük olduğu

uluslararası çalışmalarda gösterilmiştir. Li ve ark.<sup>32</sup>, infertilite tedavisi için başvuran 1192 kadının %68.6’sının D vitamini düzeyinin yetersiz (<32 ng/ml), %22.2’sinin eksik olduğunu saptamıştır. Pagliardini ve ark.<sup>16</sup> infertilite tedavisi için başvuran 1072 kadının %77.4’ünün D vitamini düzeyinin 30 ng/mL’nin altında olduğunu bulmuştur. Bir vaka kontrol çalışmasında, Suudi Arabistan’da 83 subfertil kadın ile 98 gebe kadının D vitamini düzeyleri karşılaştırılmış, subfertil grupta D vitamini eksikliğinin anlamlı oranda daha fazla olduğu saptanmıştır.<sup>33</sup> Pacis ve ark.’nın<sup>34</sup> yürüttüğü sistematik incelemede Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT) uygulanan kadınlarda %27.7 oranında D vitamini eksikliği saptanmıştır. Başka bir sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında YÜT uygulanan kadınlarda D vitamini eksikliği, batı ülkelerinde %21-31 arasındayken, İran çalışmalarında %75-99 arasında olduğu saptanmıştır.<sup>35</sup>

### Türkiye’de D Vitamini Düzeyi

Ülkemizde beslenme, geleneksel ya da kapalı giyim tarzı, güneş ışınlarından yeterince faydalanamama nedenleriyle, yüksek oranda D vitamini yetersizliğinin ve eksikliğin olduğu, bu oranın bölge ve illere göre farklılık gösterdiği çalışmalarla ortaya çıkartılmıştır. Uçar ve ark.<sup>36</sup>, Ankara’daki bir hastane kayıtlarında 406 hastanın %72.5’inde, Cigerli ve ark.<sup>37</sup> İstanbul’daki bir hastane kayıtlarında, 2488 hastanın %90’ında ve Hekimsoy ve ark.<sup>38</sup> Ege bölgesinde 391 bireyin %88.7’sinde D vitamini eksikliği ya da yetersizliği tespit etmişlerdir. Ülkemizde üreme sağlığı alanında D vitamini düzeyini değerlendiren çalışmaların gebelik<sup>39-41</sup> ve doğum sonu döneme<sup>42,43</sup> yoğunlaştığı ve bu kadınların sadece %10-20’sinde D vitamininin yeterli olduğu görülmektedir. Ayrıca ülkemizde infertilite tedavilerine başvuran kadınların D vitamini düzeylerini inceleyen bir çalışmaya ulaşılmamıştır.

Bu derlemenin amacı In Vitro Fertilizasyon (IVF) tedavisi sonuçları üzerine D vitamininin etkilerini incelemek ve bu konuda farkındalık oluşturmaktır.

Tablo 1. IVF tedavisi gören kadınların D Vitamini düzeylerinin tedavi sonuçlarına etkisini inceleyen çalışmaların dağılımı

Yazar, Yıl,	Ülke	Amaç	N	Fertilizasyon (%)	İmplantasyon (%)	Klinik Gebelik (%)
Farzadi ve ark., 2015 (45)	İran	Foliküler sıvıdaki D vitamini düzeyi ile YÜT sonuçları arasındaki ilişkinin belirlenmesi	80	Bilgi verilmemiş	Bilgi verilmemiş	Gebe: % 22.5 (D vitamini: 15.8 ± 4.5) Gebe olmayan: %77.5 (D vitamini: 11.6 ± 5.5); <b>p=0.007</b>
Franasiak ve ark., 2015 (53)	Amerika	Blastosist transferi uygulanan kadınlarda klinik gebelik ve implantasyon oranının, serum D vitamini düzeyi ile ilişkisinin belirlenmesi	517*	Bilgi verilmemiş	Bilgi verilmemiş	Eksik: %37.1 Yetersiz: %51.4 Yeterli: % 11.42
Firouzabadi ve ark., 2014 (55)	İran	IVF tedavisi sonuçlarına, serum ve foliküler D vitamini düzeyinin etkisinin belirlenmesi	221	Eksik: 43.17 Yetersiz: 53.37, Yeterli: 58.77, p=0.054	Eksik: 17.33 Yetersiz: 15.26 Yeterli: 18.75 p=0.579	Eksik: %31.1 Yetersiz: %63.5- Yeterli: %5.4 p=0.094
Aflatoonian ve ark., 2014 (54)	İran	Frozen embriyo transferinde (ET) fertilité sonuçlarına, serum ve foliküler D vitamininin etkisinin incelenmesi	128§	Bilgi verilmemiş	Bilgi verilmemiş	D vitamini tedavi grubu: %25.5 Kontrol grubu: %21.80 p=0.81
Fabris ve ark., 2014 (52)	Birleşik Arap Emirlikleri	Oosit donasyonunda gebelik oranına, serum D vitamini düzeyinin etkisinin incelenmesi	267	Bilgi verilmemiş	Eksik: 65.2 Yetersiz: 63.4 Yeterli: 60.9 p= 0.894	Eksik: 73.9 Yetersiz: 69.9 – Yeterli: 70.0 p= 0.787
Paffoni ve ark., 2014 (49)	İtalya	IVF tedavisi sonuçlarına, serum D vitamini düzeyinin etkisinin belirlenmesi	480†	Eksik:75, Yetersiz ve Yeterli:80 p=0.57	Eksik: %13, Yetersiz ve Yeterli: %21 <b>p=0.006</b>	Eksik:%20 Yetersiz ve Yeterli:%31 <b>p=0.02</b>
Polyzos ve ark., 2014 (51)	Belçika	ET uygulanan kadınlarda gebelik oranına, serum D vitamini düzeyinin etkisinin belirlenmesi	368	Eksik: 78.7 Yetersiz ve Yeterli: 78.2 p=0.81	Bilgi verilmemiş	Eksik: %41 Yetersiz ve Yeterli: %54 <b>p= 0.015</b>

Tablo 1 ( devamı) IVF tedavisi gören kadınların D Vitamini düzeylerinin tedavi sonuçlarına etkisini inceleyen çalışmaların dağılımı

Rudick ve ark., 2014 (48)	Amerika	Oosit donasyonu sonuçlarına, serum D vitamini düzeyinin etkisinin belirlenmesi	99	Eksik: 75.8±18.4 Yetersiz: 75.3±16.5 Yeterli: 76.1±12.6 p= 0.88	Bilgi verilmemiş	Eksik: %35 Yetersiz: %42 – Yeterli: %74 <b>p= 0.002</b>
Garbedian ve ark., 2013 (50)	Kanada	IVF tedavisi sonrası klinik gebelik sonuçlarına, serum D vitamini düzeyinin etkisinin belirlenmesi	173‡	Bilgi verilmemiş	Eksik ve yetersiz: 25.6 Yeterli: 34.5 p= 0.60	Eksik ve yetersiz: %34.7 Yeterli: %52.5 <b>p&lt; 0.001</b>
Rudick ve ark., 2012 (47)	Amerika	D vitamini düzeyinin IVF tedavisi sonuçlarına etkisinin incelenmesi	188	Eksik: 74±17 Yetersiz: 71±23 Yeterli: 68±25 p=0.79	Eksik: 16±27 Yetersiz: 18±27 Yeterli: 19±26 p=0.38	Eksik: %36 Yetersiz: %41 Yeterli: %43 p=0.48
Aleyasin ve ark., 2011 (46)	İran	Foliküler sıvıdaki 25-OH vitamin D düzeyi ile YÜT arasındaki ilişkinin belirlenmesi	82	Eksik: 79 Yetersiz: 67.8 Yeterli: 68.3 p=0.274	Eksik: 9.6 Yetersiz: 13 Yeterli: 15.9 p= 0.857	Eksik: %29.6 Yetersiz: %29.6- Yeterli: %33.3 p= 0.995
Anifandis ve ark., 2010 (56)	Yunanistan	Foliküler sıvıdaki 25-OH vitamin D düzeyinin YÜT sonuçlarına etkisinin belirlenmesi	101**	Bilgi verilmemiş	Bilgi verilmemiş	Eksik: %32.3 Yetersiz: %32.7 Yeterli: %14.3 <b>p=0.047</b>
Ozkan ve ark., 2010 (44)	Amerika	Foliküler sıvıdaki 25-OH vitamin D düzeyi ile YÜT sonuçları arasındaki ilişkinin belirlenmesi	84	Bilgi verilmemiş	Eksik<Yetersiz<Yeterli <b>p= 0.041</b>	Gebe: %30.9 (D vitamini: 34.42±15.58) Gebe olmayan: %69.04 (D vitamini: 25.62 ±10.53) <b>p=0.013</b>

\* 517 kadın çalışmaya alınmış, bu kadınlardan 224'ü gebedir., † 480 kadın çalışmaya alınmasına karşın, 335 kadın ET aşamasına ulaşmıştır., ‡ 173 kadına oosit toplama yapılmasına karşın, 162 kadına ET yapılmıştır. § 128 kadın çalışmaya alınmasına karşın, 106 kadın ET aşamasına ulaşmıştır.

\*\*101 kadına oosit stimülasyon yapılmasına karşın, 86 kadın ET aşamasına ulaşmıştır. Kimyasal, klinik, kesin gebelik oranları dikkate alınarak, araştırmacılar tarafından klinik gebelik oranları dikkate alınarak hesaplanmıştır.

### In Vitro Fertilization Sonuçları Üzerine D Vitaminin Etkileri

Ulaşılabilen literatürde IVF sonuçları üzerine D vitamininin etkilerini inceleyen 2010-2015 yılları arasında yayınlanmış 13 çalışmaya ulaşılmıştır.<sup>44-56</sup> Çalışmalardan sekizinde kanda, dördünde foliküler sıvıda, birinde ise hem kan hem de foliküler sıvıda ölçülen D vitamini seviyeleri ile IVF sonuçları arasındaki ilişkilere odaklandığı görülmektedir. Çalışmalardan yedisi (%53.8) yeterli D vitamini düzeyinin IVF sonuçlarını olumlu etkilediğini, beşi (%38.5) yeterli D vitamini düzeyi ile IVF sonuçları arasında ilişki olmadığını ve biri (%7.7) yeterli D vitamini düzeyinin IVF sonuçlarını olumsuz etkilediğini saptamıştır. Tablo 1'de IVF sonuçları üzerine D vitamini düzeyinin etkilerini inceleyen çalışmaların analizi verilmiştir.

Kandaki D vitamini ile foliküler sıvıdaki D vitamini arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmada, IVF uygulanan 84 kadının ovarian folikül sıvılarındaki D vitamini düzeyi arttıkça, kandaki D vitamini düzeyinin de arttığı ve bunun gebelik oranını istatistiksel olarak arttırdığı ortaya çıkmıştır.<sup>44</sup> Dahası tedavinin başında D vitamini düzeyi ortalama 40ng/ml olan kadınların IVF şansını, 16ng/ml olanlara göre 4 kat daha yüksek bulmuşlardır.

Farzadi ve ark.<sup>45</sup>, 80 infertilite tedavisi gören kadında foliküler sıvıda D vitamini düzeyi ile YÜT sonuçları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, gebe kadınlarda foliküler sıvıdaki D vitamini düzeyi konsantrasyonun, gebe olmayan kadınlara göre anlamlı oranda yüksek olduğunu ancak oosit sayısı ve kalitesi, fertilize oosit sayısı arasında gruplar arasında fark olmadığını saptamıştır. Yine aynı çalışmada D vitamini konsantrasyonu arttıkça, implantasyon oranının da arttığı bulunmuştur. Aleyasin ve ark.<sup>46</sup> foliküler sıvıda D vitamini düzeyi ile YÜT sonuçları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, gebe olan (n=24) kadınların foliküler D vitamini düzeyi (9.19 ng/ml) ile gebe olmayan kadınların (n=53) (10.34 ng/ml) düzeyleri arasında fark saptamamıştır. Aynı çalışmada foliküler sıvıdaki D vitamini düzeyinin artmasıyla, fertilizasyon oranında anlamlı azalma bulunurken, implantasyon oranında değişiklik olmadığı bulunmuştur.

Kanda ölçülen D vitamini seviyeleri ile gebelik sonuçları arasındaki ilişkiyi inceleyen 10 çalışmaya ulaşılmıştır. Rudick ve ark.<sup>47</sup>, IVF tedavisi gören 188 kadın ile yaptığı araştırmada çalışma grubundaki Kafkas ve Asyalılarda D

vitamini konsantrasyonunun önemli oranda yüksek olduğu, Kafkaslarda D vitamini artışı gebelik oranıyla ilişkili bulunurken, Asyalılarda ters bir ilişki gözlenmiştir. Transfer edilen embriyo kalite ve miktarı dikkate alınarak yapılan analizlerde, yeterli D vitamini düzeyi olan kadınların, IVF başarı oranının 4 kez arttığı ortaya konmuştur. Kaliforniya'da farklı ırklardan 99 yumurta donasyonu uygulanan kadınla yapılan retrospektif kohort bir çalışmada, klinik gebelik oranı D vitamini eksikliği olan grupta %37 iken, D vitamini yeterli olan grupta %78, canlı doğum oranı ise sırayla %31 ve %59 olarak bulunmuştur.<sup>48</sup> Paffoni ve ark.<sup>49</sup> İtalya'da, Garbedian ve ark.<sup>50</sup> Kanada'da kinik gebelik oranı ile ilgili benzer sonuca ulaşmışlardır. Polyzos ve ark.<sup>(51)</sup> ET uygulanan 368 kadınla yaptıkları çalışmada, D vitamini eksikliğinin bağımsız olarak kinik gebelik oranını azalması ile ilişkili olduğunu, 0.56 kat riski arttırdığını saptamıştır.

Bu çalışmaların aksine, D vitamini düzeyi ile gebelik oranları arasında ilişki olmadığını gösteren birkaç çalışmaya ulaşılmıştır. Fabris ve ark.<sup>52</sup>, 267 yumurta donasyonu uygulanan kadınla yaptığı retrospektif kohort bir çalışmada, D vitamini düzeyi normal olan grup ile yetersiz ve eksik olan kadınların implantasyon (sırasıyla %60.9, %63.4 ve %65.2) ve gebelik (sırasıyla %70, %69.9, %73.9) oranları arasında fark bulunmamıştır. Franasiak ve ark.<sup>53</sup> retrospektif ve kohort düzende 517 ET uygulanan kadının D vitamini düzeyi ile gebelik sonuçları arasında ilişki bulunmadığını bildirmişlerdir. Aflatoonian ve ark.<sup>54</sup>, frozen ET uygulamasında D vitamini yetersizliği tedavisinin fertilite sonuçlarına etkisi olup olmadığını incelemişlerdir. Bu çalışmada D vitamini yetersiz olan 57 kadına 6-8 hafta süresince haftalık 50000 IU D vitamini destek tedavisi uygulanmış, 57 kadına ise hiçbir tedavi uygulanmamış ve ET sonrasında gruplar arasında gebelik oranlarında anlamlı fark saptanmamıştır. Firouzabadi ve ark.<sup>55</sup>, infertilite tedavisi gören 221 kadının ovarian folikül sıvısı ve kan D vitamini konsantrasyonunu çalışmışlardır. D vitamini eksikliği, yetersizliği ve yeterliliği açısından kadınlar gruplandırılmış, fertilizasyon ve implantasyon oranları açısından gruplar arasında fark olmadığı bulunmuştur. Dahası, Anifandis ve ark.<sup>(56)</sup>, 101 IVF tedavisi gören kadının folikül sıvısında D vitamini ve glukoz seviyelerini incelemiş, D vitamini artışının düşük embriyo kalitesi ve gebelik oranı ile ilişkili olduğunu bulmuştur.

Literatürde maliyet analizleri sonucunda YÜT öncesi D vitamini ölçümü ve desteğinin maliyet-etkin olabileceği gösterilmiştir. Yine de D vitamini ve IVF sonuçlarına ilişkin kanıt düzeyi 1 ve öneri düzeyi A olan kanıt eksikliği nedeniyle rutin olarak IVF tedavisi öncesi ve/veya sırasında D vitamini destek tedavisinin açısından tam bir öneri getirilemediği, hekimin görüşüne bırakıldığı görülmektedir.<sup>11,34</sup> Uluslararası rehberlerde D vitamini <10 ng/mL altında olduğunda bir kez depo 50.000 İU, sonra günlük 800-1000 İU idame doz, 10-20 ng/mL arasındaysa genelde 3 ay süren günlük 800-1000 İU idame doz, 20-30 ng/mL arasında ise günlük 600-800 İU D vitamini desteği verilmesi önerilmektedir.<sup>(57)</sup> Kadın sağlığı ve IVF sonuçları üzerine D vitaminin potansiyel olumlu etkileri göz önünde bulundurulduğunda, D vitaminine ilişkin sağlık bakım profesyonellerinin farkındalığını arttırmanın önemli olduğu düşünülmektedir.

### Sonuç

Bu literatür incelemesinde ulaşılan çalışmaların yarısı D vitamini eksikliğinin olumsuz IVF sonuçları ve parametreleri ile ilişkili olduğuna odaklanmıştır. Ancak bu çalışmalarda bazı istatistiksel eksiklikleri olduğu saptanmıştır. D vitamini eksikliği ile IVF sonuçları arasında ilişki olmadığını saptayan araştırmalarda IVF sonuçları açısından D vitamini eksikliğinin karıştırıcı bir faktör olabileceği ileri sürülmüştür. Sonuç olarak D vitamini ve IVF sonuçları arasındaki ilişkiyi ortaya koyacak büyük ölçekli, kohort ve RKÇ'lara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Ülkemiz için IVF tedavisi gören kadınların D vitamini düzeylerini ortaya koyacak tanımlayıcı çalışmalara ihtiyaç olduğu açıktır. Gebelik ve doğum sonu dönemdeki kadınlardaki D vitamini seviyeleri göz önünde bulundurulduğunda, IVF tedavisi gören kadınların da D vitaminlerinin düşük olacağı öngörülmektedir. Dahası ülkemiz ölçeğinde D vitamini ve IVF sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi önerilebilir. Ülkemizde IVF tedavilerinde rutin olarak D vitamini takibi yapılamamaktadır. Yapılacak çalışmalarla rutin D vitamini izlemine gerek olup olmadığı açıklığa kavuşacaktır.

### Kaynaklar

1. Oberhelman SS, Thacher TD. Vitamin D deficiency in the 21st century: an overview. eds. Watson RR. Handbook of Vitamin D in

- Human Health. Netherlands: Wageningen Academic Publishers, 2013. p:13-37.
2. Fidan F, Alkan BM, Tosun A. Çağın pandemisi: D vitamini eksikliği ve yetersizliği [Pandemic Era: Vitamin D Deficiency and Insufficiency]. Türk Osteoporoz Dergisi [Turkish Journal of Osteoporosis] 2014; 20: 71-4.
3. Weggemans RM, Schaafsma G, Kromhout D. Towards an adequate intake of vitamin D. An advisory report of the Health Council of the Netherlands. Eur J Clin Nutr 2009;63(12): 1455-7.
4. Özkan B, Döneray H. D vitamininin iskelet sistemi dışı etkileri [The non-skeletal effects of vitamin D] Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi [Journal of Child Health and Diseases] 2011; 54: 99-119.
5. Down J, Stafford D. The Vitamin D Cure Revised Edition. Canada: John Wiley & Sons. 2012. p:117-78.
6. Kıdır V. D Vitamininin kardiyovasküler ve metabolik etkileri [Cardiovascular and metabolic effects of vitamin D]. Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi [Journal of Clinical and Experimental Investigations] 2013; 4 (3): 398-404.
7. Laurentani F, Maggio M, Ruggiero C, Ceda GP, Ferrucci L. Vitamin D in health of seniors. eds. Watson RR. Handbook of Vitamin D in Human Health. Netherlands: Wageningen Academic Publishers, 2013. p:39-51.
8. Grzechocinska B, Dabrowski FA, Cyganek A, Wielgos M. The role of vitamin D in impaired fertility treatment. Neuro Endocrinol Lett 2013; 34(8): 756-62.
9. De-Regil LM, Palacios C, Lombardo LK, Peña-Rosas JP. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 12 (1), Art. No: CD008873. DOI: 10.1002/14651858.CD008873.pub3.
10. Colonese F, Laganà AS, Colonese E, Sofo V, Salmeri FM, Granese R, et al. The pleiotropic effects of vitamin D in gynaecological and obstetric diseases: an overview on a hot topic. Biomed Res Int. 2015; 2015: 1-11.
11. Lerchbaum E, Obermayer-Pietsch B. Vitamin D and fertility: A systematic review. Eur J Endocrinol 2012; 166: 765-78.
12. Lerchbaum E, Rabe T. Vitamin D and female fertility. Curr Opin Obstet Gynecol 2014; 26: 145-50.
13. Ferrero S, Gillott DJ, Anserini P, Remorgida V, Price KM, Ragni N, et al. Vitamin D binding protein in endometriosis. Soc Gynecol Investig 2005; 12: 272-7.
14. Somigliana E, Panina-Bordignon P, Murone S, Di Lucia P, Vercellini P, Vigano P. Vitamin D reserve is higher in women with endometriosis. Hum Reprod 2007; 22: 2273-78.

15. Harris H, Chavarro J, Malspeis S, Willett WC, Missmer SA. Dairy-food, calcium, magnesium, and vitamin D intake and endometriosis: a prospective cohort study. *Am J Epidemiol* 2013; 177: 420-30.
16. Pagliardini L, Vigano' P, Molgora M, Persico P, Salonia A, Vailati SH, et al. High prevalence of vitamin d deficiency in infertile women referring for assisted reproduction. *Nutrients* 2015; 7: 9972-84.
17. Sur D, Chakravorty R. The Relationship between Vitamin D, insulin resistance and infertility in PCOS women. *Gynecol Obstet* 2015; 5:1-4.
18. Wehr E, Pieber TR, Obermayer-Pietsch B. Effect of vitamin D3 treatment on glucose metabolism and menstrual frequency in polycystic ovary syndrome women: A pilot study. *J Endocrinol Invest* 2011; 34: 757-63.
19. Thomson RL, Spedding S, Buckley JD. Vitamin D in the aetiology and management of polycystic ovary syndrome. *Clin Endocrinol* 2012; 77: 343-50.
20. Asadi M, Matin N, Frootan M, Mohamadpour J, Qorbani M, Tanha FD. Vitamin D improves endometrial thickness in PCOS women who need intrauterine insemination: A randomized double-blind placebo. *Arch Gynecol Obstet* 2014; 289: 865-70.
21. Baird DD, Hill MC, Schectman JM, Hollis BW. Vitamin D and the risk of uterine fibroids. *Epidemiology* 2013; 24: 447-53.
22. Paffoni A, Somigliana E, Vigano' P, Benaglia L, Cardellicchio L, Pagliardini L, et al. Vitamin D status in women with uterine leiomyomas. *J Clin Endocrinol Metab* 2013; 98(8): E1374-78.
23. Sabry M, Halder SK, Allah AS, Roshdy E, Rajaratnam V, Al-Hendy A. Serum vitamin D3 level inversely correlates with uterine fibroid volume in different ethnic groups: a cross-sectional observational study. *Int J Womens Health* 2013; 5: 93-100.
24. Blomberg Jensen M, Bjerrum PJ, Jessen TE, Nielsen JE, Joensen UN, Olesen IA, et al. Vitamin D is positively associated with sperm motility and increases intracellular calcium in human spermatozoa. *Hum Reprod* 2011; 26: 1307-17.
25. Hammoud AO, Meikle AW, Peterson CM, Stanford J, Gibson M, Carrell DT. Association of 25-hydroxy-vitamin D levels with semen and hormonal parameters. *Asian J Androl* 2012; 14: 855-9.
26. Wehr E, Pilz S, Boehm BO, März W, Obermayer-Pietsch B. Association of vitamin D status with serum androgen levels in men. *Clin Endocrinol* 2010; 73: 243-8.
27. Pilz S, Frisch S, Koertke H, Kuhn J, Dreier J, Obermayer-Pietsch B, et al. Effect of vitamin D supplementation on testosterone levels in men. *Horm Metab Res* 2011; 43: 223-5.
28. Merhi Z, Doswell A, Krebs K, Cipolla M. Vitamin D alters genes involved in follicular development and steroidogenesis in human cumulus granulosa cells. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99(6): E1137-45.
29. Abdul-Rasheed OF, Ali NM, Abdulrasul EA. Serum vitamin D and anti-mullerian hormone levels in Iraqi infertile women at Baghdad city. *International Journal of Basic and Applied Sciences* 2015; 4(4):375-80.
30. Kebapcilar AG, Kulaksizoglu M, Kebapcilar L, Gonen MS, Unlü A, Topcu A, et al., Is there a link between premature ovarian failure and serum concentrations of vitamin D, zinc, and copper? *Menopause* 2013; 20: 94-9.
31. Luk J, Torrealday S, Perry NG, Pal L. Relevance of vitamin D in reproduction. *Hum Reprod* 2012; 27(10): 3015-27.
32. Li L, Schriock E, Dougall K, Givens C. Prevalence and risk factors of vitamin D deficiency in women with infertility. *Fertil Steril* 2012; 97(3): S26.
33. Al-Jaroudi D, Al-Banyan N, Aljohani NJ, Kaddour O, Al-Tannir M. Vitamin D deficiency among subfertile women: case-control study. *Gynecological Endocrinology* 2015; 11: 1-4.
34. Pacis MM, Fortin CN, Zarek SM, Mumford SL, Segars JH. Vitamin D and assisted reproduction: Should vitamin D be routinely screened and repleted prior to ART? A systematic review. *J Assist Reprod Genet* 2015; 32(3):323-5.
35. Vanni VS, Vigano P, Somigliana E, Papaleo E, Paffoni A, Pagliardini L, et al. Vitamin D and assisted reproduction technologies: Current concepts. *Reprod Biol Endocrinol* 2014; 12: 47.
36. Uçar F, Yavuz Taşlıpınar M, Özden Soydaş A, Özcan N. Ankara Etlik İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesine başvuran hastalarda 25-OH Vitamin D düzeyleri [25-OH Vitamin D levels in patients admitted to Ankara Etlik İhtisas Training and Research Hospital] . *Eur J Basic Med Sci [Avrupa Temel Tıp Bilimleri Dergisi]* 2012; 2(1):12-5.
37. Cigerli Ö, Parıldar H, Unal AD, Tarcin Ö, Erdal R, Guvener Demirag N. Vitamin D deficiency is a problem for adult out patients? A university hospital sample in Istanbul, Turkey. *Public Health Nutr* 2012; 16(7): 1306-13.
38. Hekimsoy Z, Dinç G, Kafesçiler S, Onur E, Güvenç Y, Pala T, et al. Vitamin D status among adults in the Aegean region of Turkey. *BMC Public Health* 2010; 10(782): 1-7.
39. Erol M, İşman FK, Kucur M, Hacibekiroğlu M. Annede D vitamini eksikliğinin değerlendirilmesi [Evaluation of maternal



- vitamin D deficiency]. *Türk Pediatri Arşivi [Turkish Archives of Pediatrics]* 2007; 42(1): 29-32.
40. Halicioğlu O, Aksit S, Koc F, Akman SA, Albudak E, Yaprak I, et al. Vitamin D deficiency in pregnant women and their neonates in spring time in western Turkey. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2012; 23(1): 53-60.
  41. Aydoğmuş S, Kelekçi S, Aydoğmuş H, Eriş S, Descidioğlu R, Yılmaz B, et al. High prevalence of vitamin D deficiency among pregnant women in a Turkish population and impact on perinatal outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2015; 28 (15): 1828-32.
  42. Ergül TA, Berberoğlu M, Atasay B, Şıklar Z, Bilir P, Arsan S, et al. Vitamin D deficiency in Turkish mothers and their neonates and in women of reproductive age. *J Clin Res Ped Endo*. 2009; 1(6): 266-9.
  43. Gür EB, Turan GA, Tatar S, Gökduman A, Karadeniz M, Çelik G, et al. The effect of place of residence and lifestyle on vitamin D deficiency in pregnancy: Comparison of eastern and western parts of Turkey. *J Turk Ger Gynecol Assoc* 2014; 15: 149-155.
  44. Ozkan S, Jindal S, Greenseid K, Shu J, Zeitlian G, Hickmon C, et al. Replete vitamin D stores predict reproductive success following in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2010; 94(4): 1314-9.
  45. Farzadi L, Khayatzaheh Bidgoli H, Ghojazadeh M, Bahrami Z, Fattahi A, Latifi Z, et al. Correlation between follicular fluid 25-OH vitamin D and assisted reproductive outcomes. *Iran J Reprod Med* 2015; 13(6): 361-6.
  46. Aleyasin A, Hosseini MA, Mahdavi A, Safdarian L, Fallahi P, Mohajeri MR, et al. Predictive value of the level of vitamin D in follicular fluid on the outcome of assisted reproductive technology. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011; 159(1): 132-7.
  47. Rudick BJ, Ingles S, Chung K, Stanczyk F, Paulson R, Bendikson K. Characterizing the influence of vitamin D levels on IVF outcomes. *Hum Reprod* 2012; 27(11): 3321-7.
  48. Rudick, BJ, Ingles SA, Chung K, Stanczyk FZ, Paulson RJ, Bendikson KA. Influence of vitamin D levels on in vitro fertilization outcomes in donor-recipient cycles. *Fertil Steril*. 2014; 101: 447-52.
  49. Paffoni A, Ferrari S, Vigano P, Pagliardini L, Papaleo E, Candiani M, et al. Vitamin D deficiency and infertility: Insights from in vitro fertilization cycles. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99: E2372-6.
  50. Garbedian K, Boggild M, Moody J, Liu KE. Effect of vitamin D status on clinical pregnancy rates following in vitro fertilization. *CMAJ Open* 2013; 1: E77-82.
  51. Polyzos NP, Anckaert E, Guzman L, Schiettecatte J, Van Landuyt L, Camus M, et al. Vitamin D deficiency and pregnancy rates in women undergoing single embryo, blastocyst stage, transfer (SET) for IVF/ ICSI. *Hum Reprod* 2014; 29(9): 2032-40.
  52. Fabris A, Pacheco A, Cruz M, Puente JM, Fatemi H, Garcia-Velasco JA. Impact of circulating levels of total and bioavailable serum vitamin D on pregnancy rate in egg donation recipients. *Fertil Steril* 2014; 102(6): 1608-12.
  53. Franasiak JM, Molinaro TA, Dubell EK, Scott KL, Ruiz AR, Forman EJ, et al. Vitamin D levels do not affect IVF outcomes following the transfer of euploid blastocysts. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212 (3): 315.e1-6
  54. Aflatoonian A, Arabjahvani F, Eftekhari M, Sayadi M. Effect of vitamin D insufficiency treatment on fertility outcomes in frozen-thawed embryo transfer cycles: A randomized clinical trial. *Iran J Reprod Med Vol* 2014; 12(9): 595-600.
  55. Firouzabadi RD, Rahmani E, Rahsepar M, Firouzabadi MM. Value of follicular fluid vitamin D in predicting the pregnancy rate in an IVF program. *Arch Gynecol Obstet* 2014; 289(1): 201-6.
  56. Anifandis GM, Dafopoulos K, Messini CI, Chalvatzas N, Liakos N, Pournaras S, et al. Prognostic value of follicular fluid 25-OH vitamin D and glucose levels in the IVF outcome. *Reprod Biol Endocrinol* 2010; 8: 91.
  57. Dawson-Hughes B. Vitamin D deficiency in adults: Definition, clinical manifestations, and treatment. eds. Drezner MK, Rosen CJ, Mulder JE. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate, 2015.

## Çocukluk Dönemi Engelliliğinde Habilitasyon Uygulamaları ve Hemşirelerin Rollerini

### Habilitation Implementation during Childhood Disabilities and Role of Nurses

Funda ASLAN<sup>a</sup> 

**ÖZET** Erken çocukluk gelişimi tüm çocuklar için yaşam boyu öğrenme ve sosyal katılım sağlanmasında önemli bir fırsat dönemidir. Bu nedenle, engelli olan çocukların var olan potansiyellerini maksimum şekilde ortaya çıkarmalarına yardım edebilecek müdahale ve hizmetlere ulaşabilmeleri önemli olduğu belirtilmektedir. Buna rağmen, engelli olan çocukların gelişimsel risklere maruz kalma açısından daha savunmasız olmalarına karşın dünya genelinde yaygınlaştırılmaya çalışılan programlar ve planlanan hizmetlerde göz ardı edildikleri belirtilmektedir. Özellikle ülkemiz örneğinde sunulan hizmetlerin yetersiz ve zamanı geçmiş bir anlayışla verildiği; özellikle çocukluk dönemi engelliliğine yönelik planlanacak müdahalelerde farklı bir yaklaşıma ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır. Maksimum potansiyeli ortaya çıkarabilmek ve kullanabilmek için yeni beceriler öğrenme süreci olarak tanımlanan habilitasyon kavramı bugün dünyada farklı ülkelerde çocukluk dönemi engelliliğine ilişkin sunulan hizmetlerde benimsenen bir bakış açısıdır. Bu derlemede, çocukluk dönemi engelliliğinde yeni becerilerin kazanılması, sosyal katılımın artırılması ve ailenin sürece farklı boyutlar ile dahil edilmesini öngören bu yaklaşıma ilişkin kavramsal çerçeve, yapılan uygulamalar ve hemşirelerin habilitasyona ilişkin rol ve sorumluluklarının ele alınması amaçlanmıştır.

**Anahtar kelimeler;** Çocuk, engellilik, habilitasyon, hemşirelik

**ABSTRACT** Early childhood development is important opportunity phase for all children for providing lifelong learning and participation in social life. For this reason, it is stated that accessibility of disabled children to activities and services is very important in terms of helping to discover their existent maximum potential. Despite, since these children are vulnerable to developmental risks, this groups are ignored in both programs in a worldwide and planned services extent. Especially in our country, it is emphasized that services delivered in this manner are old fashioned and inadequate and it needs a new approach to plan actions. Habilitation is defined as process for teaching new skills to discover and usage of maximum potential, today it is accepted as a different approach for childhood disabilities in many countries around the world. In this review, the conceptual framework and its implementations and role and responsibilities of nurses for this new concept was tried to explained which foresees gaining new skills in childhood disabilities, increasing participation in social life and participation of families in the teaching procedure.

**Keywords:** Children, disability, habilitation, nursing

#### Giriş

Engellilik sosyo-politik, tıbbi ve ekonomik açılardan tanımlanmış ve kavramsallaştırılmış çok boyutlu bir kavramdır. Bu nedenle engelliliğin tanımı konusunda fikir birliğine varılabilmemiş değildir. Bu nedenle yapılacak engellilik tanımının kullanıldığı yapı ya da koşullara bağlı olması gerektiği belirtilmektedir.<sup>1</sup> Çocukluk döneminde engellilik farklı gruptan kişiler için farklı anlamları taşımakla birlikte, genellikle değişen durumlar ve tıbbi ihtiyaçları içeren bir kavram olarak tanımlanmıştır.<sup>2</sup> Engelli çocuklar denildiğinde akla direk görme, duyma gibi duyu engelleri olan ya da fiziksel kısıtlaması olan ve tekerlekli sandalye

gibi bir yardımcı araca ihtiyacı olan çocuklar gelmektedir. Fakat engellilik kavramının aslında astım, Tip 1 diyabet, serebral palsi, mental retardasyon ve öğrenme güçlükleri gibi kronik koşulları da içerdiği belirtilmektedir.<sup>3</sup> Bu nedenle çocukluk döneminde engelliliği tanımlamanın karmaşık olduğu, bu durumun ise bu kapsamda geliştirilecek programların uyumunu ve koordinasyonunu engellediği vurgulanmaktadır.<sup>4</sup> Gelişim ile ilgili potansiyel gecikmelerin ve engelliliğin önlenmesi şartı ile, erken çocukluk dönemi tüm çocuklar için yaşam boyu öğrenme ve sosyal katılımın sağlanmasında önemli bir fırsat dönemidir. Bunun için engelli olan çocukların var olan

Geliş Tarihi/Received: 30-12-2016 / Kabul Tarihi/Accepted:30-05-2017

<sup>a</sup> Araş. Gör. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Ankara, ORCID ID: 0000-0002-1278-7985, Sorumlu yazar /Correspondence:Funda Aslan;e-mail:funda.aslan@hacettepe.edu.tr

potansiyellerini maksimum şekilde ortaya çıkarmalarına yardım edebilecek müdahale ve hizmetlere ulaşabilmelerinin önemli olduğu belirtilmektedir.<sup>5,6</sup> Uluslararası Engellilik ve Hastalık Sınıflama Sistemi (International Classification Disabled-ICD); çocukluk dönemi engelliliğinin sadece biyolojik ya da sosyal boyutundan ziyade; sağlık, çevre ve sosyal ilişkiler boyutu ile de ele alınmasını vurgulamaktadır. Fakat, engelli olan çocukların gelişimsel risklere maruz kalma açısından daha savunmasız olmalarına karşın dünya genelinde yaygınlaştırılmaya çalışılan programlar ve planlanan hizmetlerde göz ardı edildikleri belirtilmektedir.<sup>7</sup> Sunulan hizmetler kapsamında, bu çocukların haklarına ulaşabilecek ve ihtiyaçlarını karşılayabilecek özel destekler sağlanmadığı, ailelerine ve kendilerine sunulan hizmetlerde; yetersiz düzenlemeler, negatif tutum, ve ulaşımı zor bir çevre gibi engeller ile karşı karşıya kaldıkları belirtilmektedir.<sup>8</sup> Engelli çocuklara ve ailelerine erken dönem müdahalelerinin zamanında ve uygun bir şekilde sağlanamaması durumunda, bu bireylerin yaşam boyu artan bir yoksulluk ve sosyal dışlanma ile karşı karşıya kalacakları belirtilmektedir.<sup>5</sup>

Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası, Dünya nüfusunun %15'inin engeli nüfusun oluşturduğunu, bu oran içinde çocuk engelli sayısının 150 milyon civarında olduğunu bildirmektedir.<sup>9,10</sup> Fakat engelli çocukların, büyük bir bölümünün zamanında belirlenmediği ve yukarıda belirtilen nedenlerden ötürü ihtiyaç duydukları hizmete ulaşamadıklarının altını çizmektedir.<sup>10</sup> Türkiye'ye bakıldığında da TÜİK 2014 istatistiklerine göre çocukluk döneminde engellilik oranının tüm engelli nüfusun %8,7'sini oluşturduğu görülmektedir. Buna karşın, engelli çocuklara sunulan hizmetlerin yetersiz ve zamanı geçmiş bir anlayışla verildiği belirtilmektedir. Bu kapsamda Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu'nun (UNICEF), ülkemizde engelli çocuklara sunulan hizmetlerde; aile katılımının sağlanmadığı, ailelerin eğitilmediği, aile merkezli yaklaşımdan uzak olduğu, gelişim temelli olmadığı ve işlevsel değerlendirmelerin yapılmadığı gibi eksik yönlerine vurgu yaptıkları görülmektedir.<sup>11</sup> Bu kapsamda çocukluk dönemi engelliliğine yönelik planlanacak müdahalelerde farklı bir yaklaşıma ihtiyaç olduğunun altı çizilmekte; bunun nedeni olarak ise, engelli çocuklara ilişkin sunulacak hizmetlerin uzun

dönemli ve yetişkinlere göre çok boyutlu olduğu gösterilmektedir.<sup>12</sup> Çünkü çocukluk dönemi engelliliğinde, çocuklar sahip oldukları engel türüne göre bir beceriyi ilk defa öğrenme deneyimi yaşayacaklardır. Bu nedenle bu öğrenme sürecinin uzun dönemli olduğu ve sadece çocuğa yönelik müdahaleler ile gerçekleştirilemeyeceği belirtilmektedir. Bu durum engelli çocuklar için farklı bir yaklaşımı benimsemeyi öncelikli hale getirmektedir. Guralnick (2001), engelliliğe ilişkin olarak birinci jenerasyon bakış açısından ikinci jenerasyon bakış açısına geçiş olarak tanımladığı bu süreçte, sadece çocuğun fizyolojik ihtiyaçlarına odaklanan bir yaklaşımdan; aile bireyleri ve sağlık profesyonellerinin çocuğun günlük yaşamı ve doğal çevresi içinde çocuğa odaklanmalarını ve planlamaların bu doğrultuda yapılmasının önemini vurgulamıştır.<sup>13</sup> Bu yaklaşım "habilitasyon kavramı" olarak ifade edilmektedir. Son zamanlarda kullanılmaya başlayan bir kavram olsa da aslında, ilk kullanımı 1980-1970'lere kadar uzanmaktadır, 2007 yılında ise Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu'nun (United Nations International Children's Emergency Fund-UNICEF) yayınladığı raporunda tekrar gündeme gelmiştir.<sup>11</sup> Bu kapsamda, bu derleme son zamanlarda dünya genelinde daha fazla kullanılan ve çocukluk dönemi engelliliğini farklı bir yaklaşım ile ele alan habilitasyonun kavramsal çerçevesi, çocukluk döneminde habilitasyon uygulamaları ve hemşirelerin habilitasyona ilişkin rol ve sorumluluklarının gözden geçirilmesi amacı ile hazırlanmıştır.

### **Habilitasyon Kavramı**

Rehabilitasyon ve habilitasyon kavramlarının ikisi de geleceğe yönelik engelli bireylere yardım etme süreci olarak tanımlanmaktadır. Rehabilitasyon bir beceriyi yeniden öğrenme ya da engel durumuna ve yaşına göre adaptasyon sağlamayı ifade eder. Bu bağlamda, rehabilitasyon önceden var olan becerilerin çeşitli nedenlerle (kaza, hastalık vb.) kaybetmiş kişilere yaşam becerilerinin yeniden kazandırılması ile ilgili girişimleri kapsar.<sup>14</sup> Rehabilitasyonun kavramsal çerçevesine bakıldığında engelliliğin tıbbi açıdan ele alındığı bir modele dayandığı görülmektedir. Bu model kapsamında engelli birey kültürel normlar doğrultusunda "normal" olana erişebilmesi amacı ile tedavi edilmeye çalışılır ve yeniden yapabilmeyi öğrenme süreci ön plana çıkar.<sup>15</sup> Habilitasyon ise latince yapabilir hale

getirmek anlamını taşımaktadır. Adsit ve Hertzberg (2011) rehabilitasyonu maksimum potansiyeli ortaya çıkarabilmek ve kullanabilmek için yeni beceriler öğrenme süreci olarak tanımlamışlardır.<sup>16</sup> Bunun için en güzel örnek serabral palsili çocuklardır. Bu çocuklar doğumdan itibaren gelişim geriliği olan, yaşam becerileri diğer çocuklardan farklı şekilde gelişen çocuklardır. Bu nedenle bu çocukların bakımında rehabilitasyon yaklaşımı ilkelerini kullanmak yeterli olmayacaktır. Çünkü burada amaç normalleştirmekten ziyade yeni becerilerin etkin bir şekilde kazandırılması ve bu süreç içine ailenin aktif katılımının sağlanmasıdır.<sup>14</sup>

Çocukluk dönemi engelliliğine ilişkin yaklaşım değişiminin, rehabilitasyonun kavramsal çerçevesinden etkilendiği belirtilmektedir. Kavram içinde bireye odaklanmaktan ziyade birey ve çevresi arasındaki etkileşime odaklanması gerektiği savunulmaktadır. Bu kavramsal çerçevenin oluşumunda ise Bronfenbrenner' in *insan gelişiminin ekolojisi* ve Sameroff'un *ekolojik ve sistem teorisine dayalı müdahale modelinin* etkili olduğu belirtilmektedir. İnsan gelişimi ekolojisi teorisinde, insan gelişiminin, birbiri ile etkileşim halinde olan dört sistemden oluşan bir insanlar arası konsept olduğu belirtilmektedir. Bu dört boyut mikrosistem, mezosistem, ekosistem ve makrosistem olarak tanımlanmış ve çocuğun gelişimi üzerinde en etkili boyutun çocuk ve yakın çevresi arasındaki etkileşime odaklanan mikrosistem olduğu vurgulanmıştır.<sup>17</sup> Sameroff'un müdahale modelinde ise çocuk hem aileyi etkileyen hem de aileden etkilenen bir birey olarak tanımlanmış ve bu kapsamda hem ailenin hem de çocuğun güçlendirilmesi gerektiği savunulmuştur.<sup>18</sup>

Habilitasyon yeni bir kavram değildir, fakat engelliliğe ilişkin olarak genellikle rehabilitasyon kavramının kullanılıyor olması nedeniyle arka planda kalmıştır. 1970'li yıllarda gelişimsel engellilikte yeni boyutlar<sup>19</sup> ve pediatrik rehabilitasyon uygulamalarında kullanılmıştır. 2007 yılında Dünya Bankası tarafından yayınlanan engelli hakları sözleşmesinde ayrı bir makalede bu kavrama yer verilmiştir.<sup>20</sup> Buna göre "*Habilitasyon ve rehabilitasyon hizmet ve programlarının mümkün olan en erken evrede başlaması ve bireylerin ihtiyaçlarının ve güçlü olduğu yönlerin çok disiplinli bir çerçevede değerlendirilmesi gerektiğinin altı çizilmiştir.*"<sup>14,20</sup> Bu kapsamda farklı ülkelerde

habilitasyon hizmetleri sunulmakta; bu hizmetlerin geliştirilmesine, kalite standartlarının artırılmasına yönelik uygulamalar yapılmaktadır.<sup>21-23</sup>

### Habilitasyon Uygulamaları

Habilitasyon uygulamaları genellikle engelli çocuklara yönelik planlanan girişimler için kullanılmaktadır. Çünkü, çocukluk dönemine ilişkin rehabilitasyon uygulamaları, erişkinle bazı benzerlikler içerdiği gibi ve farklılıkları da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle çocuğu küçük bir erişkin olarak görerek, verilecek bakımı bu doğrultuda planlamanın yanlış bir yaklaşım olacağı belirtilmektedir.<sup>12</sup> UNİCEF engelli çocuklara yönelik sunulacak rehabilitasyon hizmetlerinin bu çocukların normal olan çocuklar ile eşit haklar temelinde kapasitelerini maksimum düzeyde geliştire-bilmelerinin desteklenmesi adına mümkün olan en erken zamanda başlaması gerektiğini vurgulamaktadır.

Çocukluk dönemi engelliliği ile ilgili rehabilitasyon uygulamalarına ilişkin yapılan çalışmalara bakıldığında, bu çalışmaların genellikle görme<sup>24</sup>, duyma engelli<sup>25</sup> ve serebral palsi hastalığına sahip olan çocuklar<sup>26,27</sup> üzerinde yoğunlaştığı ve bu kapsamda Dünya'da sunulan hizmetlerin rehabilitasyon uygulamalarında olduğu gibi belirli merkezler tarafından verildiği görülmektedir. Almanya, Norveç, Çin ve Danimarka rehabilitasyon hizmetlerinin sunulduğu merkezlerin bulunduğu ülkelerdendir.<sup>23</sup> Yine İsveç'te de engelli çocuklara sunulan hizmetlerin erken müdahale odaklı ve içinde doktor, konuşma terapisti, fizyoterapist ve hemşirenin bulunduğu multidisipliner bir takım tarafından verildiği belirtilmektedir.<sup>21</sup> Bünyesinde bu hizmetlerin sunulduğu ülkelerde, ailelerin çocuklarının gelişimine ilişkin yaşadıkları herhangi bir sorunda, ya da destek almak istedikleri herhangi bir konuda çocuk sağlığı ile ilgili bir alana başvurduktan sonra, gerekli görüldüğü takdirde erken tanı konulabilmesi, daha ayrıntılı değerlendirmelerin ve etkili müdahalelerin yapılabilmesi için rehabilitasyon merkezlerine yönlendirilmektedirler. Ülkemize bakıldığında 2015 yılında Hacettepe Üniversitesi bünyesinde kurulan, amacı çocuklarda engel oluşmadan, engele yol açabilecek sorunların önceden belirlenerek, oluşmasını önlemek; oluşan engelin erken dönemde tespit edilerek bireylerde ortaya çıkan, günlük yaşamı ve

bağımsızlığı zorlayan sorunları en aza indirmek olarak tanımlanan, Habilitasyon Uygulama ve Araştırma Merkezi dışında bu anlayış ile hizmet veren bir kuruluş olmadığı görülmektedir.

Habilitasyon hizmetleri kapsamında, çocuğun gelişimsel bozukluğunun ve potansiyel engel durumunun erken dönemde belirlenmesi konuya ilişkin stratejilerin geliştirilmesi, planlamaların yapılması için öncelikli adımı oluşturmaktadır. Bu kapsamda, habilitasyona ilişkin gerçekleştirilecek uygulamaların tıbbi, eğitim, psikolojik ve sosyal alanlar olmak üzere dört alana odaklanması gerektiği belirtilmektedir.<sup>21</sup> Bu doğrultuda, engelli çocuklara yaklaşımın sadece kurum ile sınırlı kalmaması gerektiği belirtilmektedir.<sup>11</sup> Bu durum habilitasyona ilişkin uygulamalar içinde geçerlidir. Ev ortamının habilitasyonu, okul ortamının habilitasyonu ve yaşanan çevrenin habilitasyonu pozitif sonuçlara ulaşabilmek için önemlidir.<sup>24</sup> Örneğin “ev ortamının habilitasyonuna” ilişkin olarak ev ortamının çocuğa göre düzenlenmesi, yeni becerilerin gelişimine uygun bir ortam yaratılması; okul ortamının habilitasyonunun da, öğretmen ile daha etkin işbirliği, aileyi bu konuda yönlendirme, habilitasyon için gerekli olan desteği sağlamada okulun tutumunun belirlenmesi ve yaşanan çevrenin habilitasyonunu” ise, aile ve etkileşim halinde olan diğer bireylerle olan ilişkilerin desteklenmesi ve sosyal hayata katılım konusunda çocuk ile beraber aile üyelerinin desteklenmesini içermektedir.<sup>28</sup> Bu çocuklara yönelik planlanacak aktivitelerde, kişinin yaş ve gelişim düzeyine uygun olması, toplumsal yaşama ilişkin deneyimleri (*gezi, alışveriş, parkta yürüyüş vb*) içermesi, küçük gruplara ve bireysel etkileşime odaklanılarak gerçekleştirilmesinin önemli olduğu belirtilmektedir.<sup>8</sup> Habilitasyon uygulamalarında bir diğer önemli konu ise, ailenin katılımının aktif olarak sağlanmasıdır.<sup>29</sup> Fakat burada aile katılımının sağlanması ile vurgulanmak istenen birebir ailenin görüşlerinin uygulanması değildir. Aile, planlanacak müdahalenin uygulanmasında anahtar roledir. Aile beceri kazandırma süreci içinde, gerçek hayattaki durumlara ilişkin pratik yapma şansını elde eder ve destekleyicidir.<sup>30</sup>

### **Habilitasyon Uygulamalarında Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları**

Dünya geneline bakıldığında, habilitasyon uygulamalarına ilişkin, hemşireler tarafından yapılmış çalışma sayısının çok az olduğu ve ülkemiz örneğine bakıldığında ise bu kavramın

hemşireler tarafından kullanılmadığı görülmektedir. Oysa ki engelli olan çocuklara yönelik habilitasyon uygulamalarının en erken zamanda başlamasının onların maksimum potansiyellerinin ortaya çıkarılması ve sosyal yaşama uyumları için öncelikli olduğu vurgulanmaktadır.<sup>8,31</sup> Bu kapsamda, birçok ülkede, lisans mezunu hemşirelerin engelli çocuklara yönelik habilitasyon hizmetlerindeki multidisipliner takımın bir üyesi olduğu belirtilmekte, habilitasyon hemşireliğinin geliştirilmesi için eğitimler ve sertifika programları düzenlenmektedir. Bu nedenle de hemşirelik bilimi temelinde habilitasyon hemşireliğinin geliştirilmesi için çalışmalar yapılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır.

Habilitasyon hemşireliği, bakımda genellikle rehabilitasyon kavramının kullanılması nedeniyle çok sık karşılaşılan bir kavram değildir. Fakat hemşirelik teorisyenlerinin savdukları hemşirelik bakımının temel amacının bireye bağımsızlığını kazanma yönünde yardım etme ve ona uygun bir yaşamı destekleme görüşü<sup>32</sup> habilitasyon uygulamalarının da temelini oluşturmaktadır. Olli ve arkadaşları (2014) habilitasyon uygulamalarında hemşirelerin rollerinin neler olduğunu üç başlık altında belirtmişlerdir. Bunlar; “çocuğun becerilerinin değerlendirilmesi”, “çocuğun gelişiminin desteklenmesi” ve “aile ile birlikte çalışmaktır”<sup>33</sup> Bu kapsamda öncelikli olarak bakım verilecek çocuğun habilitasyona ilişkin ihtiyaçlarının neler olduğunun belirlenmesi gereklidir. Bu süreçte yapılacak değerlendirme, rehabilitasyonda takip edilen basamaklarla benzerdir. Bu değerlendirmede çocuğun şimdiki durumu, geçmiş tıbbi öyküsü, beslenme durumu, ailenin geçmiş öyküsü, içinde yaşadığı sosyal yapı, gelişim ve büyüme durumu değerlendirilir.<sup>28</sup> (Tablo 1.)

### **Çocuğun becerilerinin değerlendirilmesi**

Habilitasyon uygulamaları kapsamında hemşireler, çocuğun nörolojik durumu çerçevesinde becerilerini değerlendirir. Bunun için yapılandırılmış değerlendirme metotları (ICD 10, Otizm Derecelendirme Ölçeği vb) kullanabilir. Günlük aktivitelerini değerlendirmek için de yapılandırılmamış yöntemlere başvurulabilir (ailesi, bakım veren personel ile görüşme vb.)<sup>33</sup> Bu değerlendirme sürecinde çocuğun görüşlerinin alınması ve seçim şansının olması önemlidir.<sup>24</sup>

Tablo 1. Habilitasyon Hemşireliği İlkeleri

Hemşire perspektifi	Ailelerin perspektifi	Çocuğun perspektifi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Çocuğun belirlenen kriterler doğrultusunda değerlendirilmesi</li> <li>• Çocuğun gelişiminin desteklenmesi</li> <li>• Ailenin yeni becerilerin kazandırılması konusunda eğitilmesi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Çocuğun görüşleri ve düşüncelerinin dikkate alınarak ailenin desteklenmesi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Çocuğun gelişimini kendini anlatma, isteklerini belirtmesine öncelik vererek desteklemek</li> </ul>

Olli J, Vehkakoski T, Salanterä S. The habilitation nursing of children with developmental disabilities—Beyond traditional nursing practices and principles? *International journal of qualitative studies on health and well-being*. 2014;9.

### **Çocuğun gelişiminin desteklenmesi**

Hemşirelerin habilitasyon uygulamalarına ilişkin diğer fonksiyonlarından birisi çocuğun gelişiminin desteklenmesidir. Hemşire çocuğun iletişimini, günlük yaşam aktivitelerini, motor becerilerini destekler. İletişimi pozitif geri bildirimler vererek, sorular sorarak, açık bir dil ile konuşarak, resim, obje ve işaretleri kullanarak destekler.<sup>28</sup> Günlük aktivitelerinde bağımsız olmalarını; olumlu geri bildirim vererek, bağımsız aktiviteler konusunda teşvik ederek, çocuğun kendisinin yapması için ona zaman vererek, fiziksel aktivite için rehberlik yaparak ve bazı aktiviteleri birlikte yaparak destekler. Gerçek sosyal olayları örnekler üzerinden hem bireysel hem de grup odaklı çalışmalar ile yürütür. Motor becerilerini ise; fiziksel aktivitelerinde ona rehberlik ederek, yardımcı alet kullanımına yardım ederek destekler.<sup>33</sup>

### **Aile ile beraber çalışma**

Habilitasyon hemşiresinin diğer fonksiyonu ise çocuğa bakım verenleri desteklemek ve danışmanlık yapmaktır. Burada amaç, çocuğun dinlenmesi, aralarındaki ilişkinin güçlendirilmesi ve ailenin çocuğu desteklemesine yardımcı olmaktır. Bu şekilde aile ve hemşire arasında kurulan ilişkinin çocuğa ilişkin pozitif sonuçlar elde etmede önemli olduğu vurgulanmaktadır.<sup>34</sup> Olli ve arkadaşları (2014) bu doğrultuda habilitasyon hemşireliğinin ilkelerini hem hemşireler, hem aileler hem de çocuklar açısından belirlemişlerdir. Bu şekilde sadece çocuğun ele alınmasının yeterli olmayacağı etkileşim içinde buldukları diğer

bireylerin ve çevrenin etkisinin göz ardı edilemeyeceğinin altını çizmişlerdir.<sup>33</sup>

### **Sonuç**

Erken çocukluk gelişimi tüm çocuklar için yaşam boyu öğrenme ve sosyal katılım sağlanmasında önemli bir fırsat dönemidir. Engelli çocuklar içinde aynı durum geçerlidir. Bu kapsamda engelli olan çocukların günlük yaşam ile ilgili fonksiyonlarını geliştirmek, var olan potansiyellerini maksimum şekilde ortaya çıkarmalarına yardım edebilecek müdahale ve hizmetlere ulaşabilmeleri oldukça önemlidir.<sup>21</sup> Çocukluk dönemi engelliğin erişkin dönemden farklı olduğu göz önüne alındığında bu dönemin oldukça hassas ve farklı bir yaklaşım ile ele alınması gerektiği tüm dünyada kabul gören bir anlayıştır. Habilitasyon yaklaşımı engelli olan çocukların birçok deneyimi ilk kez öğrendiği temeline dayanılarak yapılan uygulamaları kapsamaktadır. Ülkemizde ne yazık ki bu yaklaşımın örneklerine çok rastlanmamaktadır. Bu nedenle bütüncül ve bu döneme özgü bir yaklaşım ile sunulacak hizmetler ile engelli çocukların toplum katılımlarını artırmanın ve geleceğe yönelik potansiyel dezavantajları azaltmak adına bu anlayış temelinde hizmet veren kuruluşların sayısının artırılmasının oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Yaşamın tüm dönemlerinde olduğu gibi çocukluk döneminde de bireylerin güçlendirilmesi ve bağımsızlıklarını kazanmalarında anahtar rolde olan hemşirelerin<sup>35</sup> habilitasyonun kavramsal çerçevesini bilmeleri ve uygulamalarına entegre edebilmeleri önemlidir.<sup>33</sup> Bu kapsamda, engelli çocuklara yönelik girişimlerini bu anlayış temelinde

planlamalarının, bu çocukların maksimum potansiyellerine ulaşabilmeleri için önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, lisans döneminden itibaren hemşirelere holistik bakış açısının kazandırılması özellikle çocukluk dönemi engelliliğinde habilitasyon yaklaşımının gerekliliği olan birey ve aile odaklı bakımı vermeleri konusunda teşvik edilmelerinin yanında çocukluk dönemi engelliliği için bu dönemin ihtiyaçlarını karşılayabilecek nitelikte farklı bir anlayışın geliştirilmesi öncelikli koşuldur.

### Kaynaklar

- 1.Carulla Ls, Reed Gm, Vaez-Azizi Lm, et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for “mental retardation/intellectual disability” in ICD-11. *World Psychiatry*. 2011;10(3):175-180.
- 2.Blank R, Smits-Engelsman B, Polatajko H, Wilson P. European Academy for Childhood Disability (EACD): Recommendations on the definition, diagnosis and intervention of developmental coordination disorder (long version). *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2012;54(1):54-93.
- 3.Aron LY, Loprest P. *Meeting the needs of children with disabilities*. The Urban Insitute; 2007.
- 4.Organization WH. *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY*. World Health Organization; 2007.
- 5.Assembly UG. Status of the convention on the rights of the child: Report of the secretary-general. New York: United Nations; 2014.
- 6.Klein J, Lansdown G, MacLachlan M, et al. Report Team Editorial And Research.
- 7.Simeonsson R. Early childhood development and children with disabilities in developing countries. *Chapel Hill, University of North Carolina*. 2000.
- 8.WHO *World Report On Disability*. 2011.
- 9.Mitra S. P, A., And Vick, B. *Disability And Poverty In Developing Countries:A Snapshot From The World Health Survey*. World Bank;2011.
- 10.Organization WH, Unicef. Early childhood development and disability: Discussion paper. *World Health Organization & United Nations Children's Fund*. Retrieved from: [http://www.who.int/disabilities/media/news/2012/13\\_09/en/index.html](http://www.who.int/disabilities/media/news/2012/13_09/en/index.html). 2012.
- 11.Unicef. Türkiye’de çocukların durumu raporu 2011. *Ankara: UNICEF*. 2011.
- 12.Camden C, Tétreault S, Swaine B. Rehabilitation for children-How is it different from rehabilitation for adults. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. 2012.
- 13.Guralnick MJ. A Developmental Systems Model for Early Intervention. *Infants & Young Children*. 2001;14(2):1-18.
- 14.Bastable SB. *Nurse as educator*. Jones & Bartlett Publishers; 2008.
- 15.Oliver M, Barnes C. *The new politics of disablement*. Palgrave Macmillan; 2012.
- 16.Anderson C, Kautz D, Bryant S, Clanin N. *Specialty Practice of Rehabilitation Nursing: A Core Curriculum*. 2011.
- 17.Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*. 1977;32(7):513.
- 18.Sameroff AJ, Seifer R, Baldwin A, Baldwin C. Stability of intelligence from preschool to adolescence: The influence of social and family risk factors. *Child development*. 1993;64(1):80-97.
- 19.Rosen M, Clark GR, Kivitz MS. Habilitation of the handicapped: New dimensions in programs for the developmentally disabled. 1977.
- 20.Guernsey K, Nicoli M, Ninio A. Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Its implementation and relevance for the World Bank. *Social Protection (SP) Discussion Paper*. 2007(0712).
- 21.Björck-Akesson E, Granlund M. Changing Perspectives in Early Intervention for Children with Disabilities in Sweden. *Infants & Young Children*. 1997;9(3):56-68.
- 22.Björck-Åkesson E, Wilder J, Granlund M, et al. The International Classification of Functioning, Disability and Health and the version for children and youth as a tool in child habilitation/early childhood intervention—feasibility and usefulness as a common language and frame of reference for practice. *Disability and Rehabilitation*. 2010.
- 23.Bøttcher L, Stadskleiv K, Berntsen T, et al. Systematic cognitive monitoring of children with cerebral palsy—the development of an assessment and follow-up protocol. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 2015:1-12.
- 24.Miller O, Wall K, Garner M. Quality standards: Delivery of habilitation training (mobility and independent living skills) for

- children and young people with visual impairment. 2011.
- 25.Jeyaraman J. Practices in habilitation of pediatric recipients of cochlear implants in India: A survey. *Cochlear implants international*. 2013;14(1):7-21.
- 26.Bjerre I, Larsson M, Franzon AM, Nilsson M, Strömberg G, Westbom L. Measure of Processes of Care (MPOC) applied to measure parent's perception of the habilitation process in Sweden. *Child: care, health and development*. 2004;30(2):123-130.
- 27.Krebs HI, Fasoli SE, Dipietro L, et al. Motor learning characterizes habilitation of children with hemiplegic cerebral palsy. *Neurorehabilitation and neural repair*. 2012;26(7):855-860.
- 28.Bowden VR, Greenberg CS. *Children and their families: The continuum of care*. Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
- 29.Marriage J. Integrating parents into the diagnostic and habilitation process. Paper presented at: Seminars in Hearing 2013.
- 30.Kovacs L. Partnering with Parents to Enhance Habilitation: A Parent's Perspective. Paper presented at: Seminars in speech and language 2012.
- 31.Nations U. *Commission Staff Working Document Report on the implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) by the European Union*. 2014.
- 32.Henderson V. The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;53(1):21-31.
- 33.Olli J, Vehkakoski T, Salanterä S. The habilitation nursing of children with developmental disabilities—Beyond traditional nursing practices and principles? *International journal of qualitative studies on health and well-being*. 2014;9.
- 34.Watson KC, Kieckhefer GM, Olshansky E. Striving for therapeutic relationships: Parent-provider communication in the developmental treatment setting. *Qualitative Health Research*. 2006;16(5):647-663.
- 35.Stanhope M, Lancaster J. *Foundations of nursing in the community: Community-oriented practice*. Elsevier Health Sciences; 2013.



## Öğretim Üyesinin Etik Sorumluluğu Ethical Responsibility of A Faculty Member

Fatma Ay<sup>a</sup> 

**ÖZET** Genel olarak etik ilkeler, ahlaki değerler, meslek etiği ilkeleri, Yükseköğretim Kurumu etik davranış ilkeleri gibi akademik personelin davranış ve eylemlerini etkileyen ilkeler olmasına rağmen öğrenci-akademik personel arasında etik bir takım sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunların nedenleri çok farklı olabildiği gibi ortaya çıkma / görülme biçimleri de birbirinden çok farklıdır. Öğretim üyesinin derslere zamanında girmemesi, ders yükünü fazla göstermesi, derse asistanını göndermesi, objektif değerlendirme yapmaması, öğrenciyi küçük düşürücü davranma ya da hakaret etme, cinsel taciz, öğrencinin performansını doğru ölçmeme, bazı öğrencilere ayrıcalıklı davranma eğitim-öğretim alanında meslek ahlakına aykırı davranışlar olarak belirtilmektedir. Akademik personelin temel sorumluluğu, eylemleri ve kararlarıyla öğrencilerin iyiliğini sağlamak, dürüst olmak, haklara saygılı olmak, güvenilir olmak, yasalara uygun davranmak, güç kullanmamak, sürekli kendini geliştirmek, özel alana saygı göstermektir.

**Anahtar kelimeler:** Üniversite, etik, meslek etiği, eğitim

**ABSTRACT** Although general ethical principles such as moral values, principles of professional ethics, and principles of ethical conduct in Higher Education Institutions are principles determining the behavior and actions of the academic staff, there have been some ethics problems among students and academic staff. As the reasons of these problems are varied, the occurrence/ emergence of them can be completely different from each other. Failing to attend classes on time, presenting course load to be over-excessive, sending his/her assistant to classes instead, failing to perform objective evaluation, humiliating, insulting or sexual harassing students, failing to accurately assess students' performances, treating some students preferentially, and discrimination are stated among the conducts against professional ethics in the field of education. The primary responsibility of the academic staff is to ensure the well-being of students with his/her actions and decisions; to be honest; to be respectful to basic rights; to be credible; to behave in accordance with the law; to avoid using force; to continually improve him/herself; and to respect personal space.

**Key words:** University, ethics, professional ethics, education.

### Giriş

Üniversiteler, kökeni çok eskilere dayanan, farklı uzmanlık alanlarında hem eğitim hem de araştırma yapan, gelişmiş ve gelişmekte olan ekonomik ihtiyaçları karşılayan vasıflı bireyler yetiştiren kurumlardır. Başka bir ifade ile üniversiteler bilginin üretildiği, araştırmaların yapıldığı, topluma hizmet sunan yüksek-öğrenim ve bilim kurumları olarak kabul edilir.<sup>1-3</sup> Üniversitelerin temel yapı taşları ise şüphesiz ki öğretim elemanları / akademik personeldir. Akademik personel, ön lisans ve üstü düzeyde meslek üyesi yetiştirme görevini üstlenmiş kişilerdir. Akademik personel görevlerini yerine getirirken mesleki etik ilkeleri topluma sunan bir kaynak konumundadır. Ayrıca toplumu doğrudan etkileme potansiyeline sahiptir.<sup>1-2</sup> Bilim insanı yetiştiren öğretim üyesi bilim etiği kurallarını uygulayarak iyi bir model olmakla birlikte, aynı

zamanda yetiştirdiği bilim insanının bilim etiği kurallarını kazanmasını ve uygulamasını sağlamada bir rehberdir.<sup>3</sup> Bu açıdan bakıldığında, öğrenci bir araçtır ve bu kaynaktan yayılan etik ilkeleri topluma yansıtır.<sup>2</sup>

### Etik Nedir?

Etik; bireysel ve toplumsal ilişkilerin temelini oluşturan değerleri, normları, kuralları, kavramları ahlaksal açıdan araştıran, neyin yapılacağına ya da yapılmayacağına bilinmesini sağlayan, ahlaki bakımdan bir şeyin doğru-yanlış ya da iyi-kötü olduğu hükmüne nasıl varılacağını gösteren, iyi / kötü, doğru / yanlış davranışların niteliğini ve dayanağını araştıran bir felsefe disiplini.<sup>1,3-5</sup> Ayrıca etik, insanlar arasındaki iletişim ve eylem biçimlerini şekillendirmek ve iyileştirmek için belirlenen kurallar olarak kabul edilebilir. Bu açıdan

Geliş Tarihi/Received:28-12-2016 / Kabul Tarihi/Accepted:20-07-2017

<sup>a</sup>Yard. Doç Dr. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Orcid ID: 0000-0001-9491-0731

**Sorumlu yazar /correspondence:** Yard. Doç. Dr. Fatma AY, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Demir kapı cad. Karabal sok. Zuhuratbaba/ Bakırköy /İstanbul, Tel: 0212 414 15 00 /40140 e-mail: fatmaay@yahoo.com

bakıldığında, eylemleri ya da davranışları iyilik, dürüstlük, adalet, erdem ve suç gibi kavramlardan oluşan akılcı bir çerçeveden değerlendirmeye, eylemlere ya da davranışlara ilişkin ahlaki yargıların nasıl oluştuğunu çözümlenmeye çalışır.<sup>2,5</sup>

### **Akademik Etik, Meslek Etiği ve Meslek Ahlakı**

İdeal bir üniversitenin olmazsa olmazlarından biri kabul edilen ve ideal bir üniversitenin çekirdeğini oluşturan kavramlardan biri “akademik etik”dir.<sup>1</sup> Akademisyenlerin bilimsel çalışma ve akademik etkinlikleri sürecinde birikim ve bilgilerini paylaşma ve öğrencilerine aktarmada, bilimsel çalışmaların üretilmesi ve değerlendirilmesinde, iyi eğitilmiş bilim insanlarının yetiştirilmesi faaliyetlerinin her aşamasında etik davranış kurallarına uymayı ifade eder.<sup>6</sup> Akademik etik, üniversitelerde yürütülen faaliyetlerin genel ahlak felsefesine ve mesleki etiğe uygun yapılması olarak tanımlandığında “eğitimde etik” ve “öğrenci ile ilişkilerde etik” etiğin alt boyutlarından ikisini oluşturur. Akademik etik aynı zamanda bilginin yayılımı ve öğretilmesi ile ilişkilidir.<sup>1</sup>

İnsanla çalışılan mesleklerde, davranışlara yön veren ve üyeleri tarafından uyulması gereken davranış kuralları “meslek etiği” olarak adlandırılmaktadır. Belirli bir meslek grubunun bilmesi ve uyması gereken kuralların temelini, insan olmaktan kaynaklanan değerlere saygı duyma, iyiyi, güzeli, doğruyu hedefleyen, tarafsız bir bakış açısı benimseme oluşturur.<sup>2,4,7</sup> Meslek ahlakı ise, belli bir mesleğe ve meslek grubuna ilişkin olarak oluşturulan, meslek üyelerini belli bir şekilde davranmaya zorlayan, kişisel eğilimleri sınırlayan, yetersiz ve ilkesiz üyeleri meslekten dışlayan, meslek içi rekabeti düzenleyen ve hizmet ideallerini korumayı amaçlayan mesleki değerler ve ilkeler bütünü şeklinde ifade edilmektedir. Meslek ahlakı, ilişkilerde dürüstlük, sözünde durmak, insanlara saygılı olmak, hakça davranmak ve haksızlıklara karşı koymayı yapısında barındırır.<sup>8</sup> Meslek ahlakının gereği olarak aynı meslekten bireyler, birbirleriyle ilişkilerinde belli davranış kurallarına uymak zorundadır.

### **Eğitim Etiği**

Akademik personel ve öğrenciden bahsedildiğinde etik, meslek etiği ve ahlakı ile birlikte eğitim etiğinden bahsetmemek mümkün değildir. Eğitim etiği, eğitimde yapılması gereken ve ulaşılmaması istenen doğru yolu

gösteren ilke ve değerler bütünüdür. Tüm eğitim, öğretim ve araştırma kurumlarında ahlaka uygun olması gereken davranış ve eylemleri tanımlar. Bu bağlamda akademik personelin doğruluk, dürüstlük, eşitlik, adalet, güven gibi etik değerlere sahip olarak hizmet etmeleri gerekir.<sup>2,9</sup>

Genel olarak etik ilkeler, ahlaki değerler, meslek etiği ilkeleri, Yükseköğretim Kurumu etik davranış ilkeleri gibi akademik personelin davranış ve eylemlerini etkileyen ilkeler olmasına rağmen öğrenci-akademik personel arasında etik bir takım sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunların nedenleri çok farklı olabileceği gibi ortaya çıkma / görülme biçimleri de birbirinden çok farklıdır.

Literatürde, eğitim ve öğretime gereken önemi vermemek (kendini yenilememek), derslere zamanında girmemek ve zamanında bitirmemek, ders yükünü fazla göstermek, girmedeği dersin ücretini almak, derse asistanını göndermek, dersleri öğretmen merkezli işlemek, öğrenciyi araştırmaya yönlendirmemek, değerlendirmede objektif olmamak, öğrenciyi küçük düşürücü davranmak ya da hakaret etmek, cinsel taciz, öğrencinin performansını doğru ölçmeme, sınav kağıtlarını doğru değerlendirmemek, bazı öğrencilere ayrıcalıklı davranmak, ayrımcılık (din, etnik köken, renk, fiziksel görünüm, sosyoekonomik durum vb.) öğrencinin kişisel bilgilerini başkaları ile paylaşmak eğitim-öğretim alanında meslek ahlakına aykırı davranışlar olarak belirtilmektedir.<sup>1,5,7,8,10,11</sup> Demirtaş ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada öğrencilerin akademik personelin “Etik İlkeler Uyma” düzeylerinin daha düşük algılanmasına karşın “Etik İlkeleri Çözme” düzeylerinin daha yüksek algılandıkları belirlenmiştir.<sup>2</sup> Maya (2013) tarafından yapılan araştırmada öğrencilerin tamamı mazeretsiz ders yapmama, mazeretsiz derse geç girme veya dersten erken çıkma, dersi etkin ve nitelikli olarak yürütmeme davranışlarını eğitim-öğretim işleri bakımından meslek ahlakına aykırı davranışlar olarak algılandıklarını belirtmiştir.<sup>8</sup> Tüm bu sorunlar akademik personelin genel etik ilkelerini, meslek etiği ve eğitim etiği ilkelerini meslek yaşamlarında uygulamaları / kurallara uymaları ile ortadan kalkabilir ya da görülme sıklığı azalabilir.

### **Akademisyenlerin Meslek ve Eğitim Etiğine Aykırı Davranışları**

Meslek etiğine aykırı kabul edilen davranışlardan biri öğrenci kayırmacılığıdır. Öğrencilerin akademik personelden beklentisi adil davranıştır. Tüm akademik personelin genel bir prensip olarak adil davranış sergilememesi öğrencilerine adil davranmaya çalışan bazı öğretim elemanlarının, özel talepler karşısında katı ve anlayışsız olarak algılanmasına neden olabilir.<sup>10</sup> Ülkemizde 2012 yılında yapılan gençlerin gözüyle etik konulu bir araştırmanın sonuçlarına göre adil davranış en önemli etik değerdir; adil davranışı dürüstlük ve eşitlik izlemekte, ayrımcılık ise en önemli etik sorun olarak belirtilmektedir.<sup>10</sup>

Üniversitelerin örgüt kültüründe olması gereken değerlerden biri insani değerlerdir. İnsani değerler hizmet sunulan kişilerin değerli oluşu, öğrencinin kişiliğine saygı ile ilişkilidir. Üniversitelerde ihtiyaç duyulan nitelikli insan gücü yetiştirilirken, öğrencinin değerli görülmesi, öğrencinin kişiliğine saygı duyulması gibi insani değerlere önem verilmelidir.<sup>3,9,10</sup> Özellikle lisansüstü eğitimde ders konularının öğrenciye ödev olarak verilip, öğretim üyesinin hiç ders anlatmadan öğrenci sunumları dinleyerek dersleri yapması hem mesleğe hem de öğrenciye saygı duymamanın göstergesidir. Bu açıdan bakıldığında ders saatlerine uymamak, ders ya da uygulama yapmadığı halde yapmış gibi göstermek, eğitmenin bilgilerini güncellememesi gibi davranışlar hem insani değerlerle ters düşmekte hem de etik ilkelere uygun olmayan davranışlar olmaktadır.<sup>1,7</sup>

Eğitim; davranış değiştirme, tutum geliştirme doğası gereği etik bir içeriğe dayanır. Üniversite yaşamı öğrenciler için sadece mesleki bilgi ve becerilerin öğrenildiği bir ortam değildir, aynı zamanda sosyalleşmenin gerçekleştiği bir ortamdır. Üniversite yaşamı, gençlerin karakter gelişimini destekleyecek çok sayıda etkileşimin yaşandığı sosyal, psikolojik ve kültürel boyutları birlikte içeren bir dönemi anlatmaktadır. Dolayısıyla gençlerin yaşamlarında iz bırakan, iş ve özel yaşamlarındaki davranışlarına yön veren önemli bir dönemdir.<sup>10</sup> Bu nedenle üniversite yaşamı boyunca karşılaştığı, ders aldığı, birlikte araştırma, proje vb. çalışmalar yaptığı öğretim üyesinin davranışları gençler için ayrı bir önem taşımaktadır.

Eğitimciler, öğrencileriyle olan ilişkilerinde çoğu zaman bir lider rolü üstlenmektedir. Bir lider insanların ihtiyaç,

beklenti, duygu ve inançlarına duyarlı davranarak; ahlaki konu ve sorunlara ilişkin farkındalığı artırma, ahlaki açıdan doğru ve yanlışları gösterme gibi rollere sahiptir.<sup>10,11</sup> Belli bir meslek alanına eleman yetiştiren akademisyenlerin görevi, sadece mesleğin bilgilerini ve becerilerini öğretmekle sınırlı değildir. Akademisyenlerin aynı zamanda, uygun ahlaki davranışları öğrencilerine kazandırmak ve rol model olmak için ahlaki davranışlar sergilemeyi öncelikle kendi mesleki kimliklerinin bir parçası haline dönüştürmeleri gerekmektedir.<sup>8</sup>

Üniversite eğitiminde akademik personel ile öğrenci arasında bir güç dengesizliği de söz konusudur ve bu dengesizlik etik ihlallere yönelik bir potansiyel oluşturmaktadır.<sup>10</sup> Bu dengesizlik korku nedeniyle hakkını savunamama, sorunları dile getirememe, yanlış ve doğruyu tartışamama, dersi geçememe korkusu ile fark edilen sorunları yönetime bildirmeme gibi etik ikilemlere neden olan sorunlar dizisini yaratmaktadır.<sup>2,10</sup> Erdem ve ark. makalelerinde “*Ei ve Bowen (2002) ’nun, öğretim elemanı-öğrenci ilişkideki güç farklılığına vurgu yaparak, sınırları kesin olmayan bu tür bir ilişkide eğitim işini üstlenenlerin temel rollerinin entelektüel kalavuzluk ve danışmanlık olduğunu belirtmekte ve özellikle öğretim elemanlarının etik sorumluluk olarak öğrencilerin gelişimini kolaylaştıracak şekilde dürüst ve tarafsız olmaları gerektiğini vurguladığını*” belirtmektedir.<sup>10</sup>

Akademik personel-öğrenci ilişkisi iki taraf için dürüstlük, tarafsızlık, eşitlik, özerklik, zarar vermeme, yararlılık, adalet ve sadakat içermelidir.<sup>10,11</sup> Tüm bu etik ilkelerin temelinde insana saygı ilkesi yer almaktadır.<sup>10</sup> Buna karşın gücünü öğrenciler üstünde kötüye kullanan, yanlış davranan, sınıf içi-dışı sorumluluklarını yerine getirmeyen, paylaşacak yeni şeyleri olmayan eğitimcilerin bu tutum ve davranışları ise etik olmayan örneklerdir.<sup>10</sup> Uluslararası alanda öğrencilere karşı etik sorumlulukların yüksek bilimsel ve etik standartlarla sağlanması, öğretim elemanlarının meslektaşlarına karşı ayrımcılık ve taciz uygulamayacakları yönetim biçimi oluşturulması, serbest öğrenme ortamının yaratılması, öğrenciye birey olarak saygı gösterilmesi, başarısının adil ve gerçekçi bir biçimde değerlendirilmesi, akademik özgürlüklerinin korunması, ayrımcılığa uğratılmamaları gibi ilkeler yaygın olarak benimsenmiş etik ilkelere.<sup>10,11</sup>

Akademik ortamda mağdurun korunmasız oluşu, örgütteki ahlaki / etik standartların yetersizliği, akademik personelin liderlik davranışlarının yetersiz olması işyerinde baskı / psikolojik şiddeti ortaya çıkaran faktörlerdendir.<sup>11</sup> Bahsedilen tüm bu etik sorunların yaşanmaması, akademik ortamda öğrenci-akademik personel ilişkilerinde meslek ahlaki ilkelerinin hayata geçirilebilmesi için öneriler:

- Akademik personel, etik ilkeler çerçevesinde davranışlarına ya da yapacağı etkinliklere karar verebilmeli, etkinliklerinin sonuçlarını etik açıdan değerlendirebilmeli<sup>2</sup>, bu yeterliliğe sahip olmalıdır.
- Eğitim kurumlarında meslek etiğini geliştirme ve koruma sorumluluğu akademik personele aittir ve akademik personel öncelikle etik kurallara kendisi uymalıdır.<sup>2</sup>
- Akademik personel görevini yerine getirirken dil, din, felsefi inanç, siyasî düşünce, ırk, cinsiyet ve benzeri sebeplerle ayırım yapmamalıdır.<sup>2,5,6</sup>
- İnsan hak ve özgürlüklerine aykırı veya kısıtlayıcı muamelede bulunmamalı, fırsat eşitliğini engelleyici davranmamalıdır.<sup>2,5,6</sup>
- Akademik personel görevini yerine getirirken önyargısız, bireysel çıkar ve kaygılardan uzak, objektif olma zorunluluklarını yerine getirmelidir.<sup>1</sup>
- Akademik personel, ölçme ve değerlendirmede adil ve dürüst davranmalı, adam kayırmaca, haksız muamele gibi olumsuz davranışlardan da kaçınmalıdır.<sup>2,5,6</sup> Değerlendirme objektif değerlendirme kriterleri ile yapılmalıdır.
- Belli grupların diğerleri üzerinde baskı kurması engellenmelidir.<sup>2</sup>
- Başkalarına adaletsiz davranıldığında, adaleti sağlama konusunda çekimser ya da korkak davranılmamalı ve ahlaka aykırı

davranışların yoğun olduğu ortamlarda bile bu durumu düzeltmek için cesur davranılmalıdır.<sup>2</sup>

- Akademik personel kendi kendilerini doğrudan denetleyebilecek bir mekanizma oluşturmalıdır.<sup>1</sup>
- Yöneticiler rol model olmalı ve kurumda rol modeller yaygınlaştırılmalıdır.<sup>8</sup>
- Kurum kültürü ahlaki ilkeler ve davranış kuralları ile bütünleşmiş olmalı, etik dışı davranışın kurum kültürüne yansımaları engellenmelidir.<sup>2,8,11</sup>

### Sonuç

Sonuç olarak; akademik personelin etik davranış ilkeleri toplumun sahip olduğu değerler sisteminden, kültürden, inançlardan ve normlardan etkilenmektedir. Akademisyenlerin etik davranışlarının belirlenmesinde adalet, insan hakları, faydacılık ve bireysellik ilkeleri önemli rol oynamaktadır. Üniversite eğitiminin amaçlarından biri öğrencileri bir birey olarak geliştirebilmek, onları birçok yönden kendilerine ve topluma yararlı olacak özelliklere sahip hale getirebilmektir. Akademik personelin temel sorumluluğu, eylemleri ve kararlarıyla öğrencilerin iyiliğini sağlamak, dürüst olmak, haklara saygılı olmak, güvenilir olmak, yasa ve kurallara uygun davranmak, güç kullanmamak, sürekli kendini geliştirmek, özel alana saygı göstermektir. Vicdan, etiğin gücüdür. İnsan duygusunu, düşüncesini, davranışını, tutumunu, eylemini, vicdanının sesine kulak vererek, doğru-yanlış, iyi-kötü, olumlu-olumsuz olarak değerlendirir. Bu şekilde kişi kendisi ve başkaları arasındaki ilişkilerde denge, düzen, denetim ve uyum sağlayabilir.<sup>2,4</sup> Bu açıdan değerlendirildiğinde, akademik personelin vicdanlı olması, eğitim sürecinde vicdanının sesini dinlemesi önemli ve gerekli bir özelliktir.

### Kaynakça

1. Büken NÖ. (2006). Türkiye örneğinde akademik dünya ve akademik etik [The academic World and academic ethics in the Turkey' sample]. Hacettepe Tıp Dergisi [Hacettepe Medical Journal], 37(3), 164-170.
2. Demirtaş Z, Şener G & Karabatak S. (2013). According to the Students' Perceptions the Levels of Academic Staff to Comply with Ethical Codes. International

Online Journal of Educational Sciences, 5(2): 506-519.

3. Erdem AR. (2012). Bilim insanı yetiştirmede etik eğitimi [Ethics Education in Training of Scientists]. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi [Journal of Higher Education and Science], 2(1), 25-32.
4. İşgüden B & Çabuk A. (2006). Meslek etiği ve meslek etiğinin meslek yaşamı üzerindeki etkileri [Professional ethics and effects of Professional ethics on business life]. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler

Enstitüsü Dergisi [Balıkesir University Journal of Social Sciences Institute], 9(16), 59-86.

5. Ozcan K, Balyer A & Servi T. (2013). Faculty Members' Ethical Behaviors: A Survey Based on Students' Perceptions at Universities in Turkey. *International Education Studies*, 6(3): 129-142.

6. Yükseköğretim Kurumları (YÖK) *Etik Davranış İlkeleri* (2014). <http://www.yok.gov.tr/web/guest/etik-komisyonu>. (Erişim Tarihi: 10.08.2016).

7. Pınar İ. (2002). Akademisyenlerin etik değerleri üzerine bir araştırma [A research about Academics' ethical values]. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yönetim Dergisi [Journal of the Institute of Management at Istanbul University Faculty of Business Management Economics], 13(43): 5-19.

8. Maya İ. (2013). Akademisyenlerin Meslek Ahlakına Aykırı Olan Davranışlara İlişkin Algıları (ÇOMÜ Eğitim Fakültesi Örneği) [Academics' perceptions of behaviours against occupation alethics (a casemcomu, faculty of education)]. *Türkiye Araştırmaları* [Turkish Studies-International Periodical Forthe Languages, Literature and History of Turkish or Turkic], 8(6), 491-509.

9. Nartgün SŞ. (2006). Öğretim elemanlarının örgütsel değerlere ilişkin görüşleri (Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi örneği) [Academics' Perceptions on the Organizational Values (Abant İzzet Baysal University Faculty of Education: A Case Study)]. *Değerler Eğitimi Dergisi* [Journal of Values Education], 4 (12), 129-148.

10. Erdem F, Ömüriş E, Öz Ö, Boz H, Özmen M & Kubat U. (2014). Öğretim Elemanlarının Etik Sorumlulukları Üzerine Üniversite Öğrencilerinin Algılamaları [University Students' Perceptions toward Ethical Responsibilities of Faculties]. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi* [Journal of Qualitative Research in Education], 2(1), 39-63.

11. Yaman E. (2008). Üniversiteler ve etik: Baskılar ya da psikolojik şiddet

[Universities and Ethics: Pressuresor Psychological Violence (Mobbing)] . *İş Ahlâkı* [Turkish Journal of Business Ethics], 1(1); 81-97.

## Preterm Yenidoğanlarda Koku Preterm New Born Smell

BaharNur KANBUR<sup>a</sup>  SerapBALCI<sup>b</sup> 

**ÖZET** Her yıl yaklaşık 140.000 preterm bebek dünyaya gelmektedir. Preterm bebekler yaşamlarının ilk birkaç haftasını veya ayını, yapısı gereği intrauterin ortamdan daha stresli olan (aşırı uyarılmalar, sık elle dokunma, acılı prosedürler, anneden ayrı kalma) dış ortamda geçirmektedir. Özellikle hoş ve tanıdık kokuların, preterm bebeklerde ilk ortama psikofizyolojik adaptasyonunu kolaylaştırdığı ve bağlanma olayının bir kısmını oluşturduğu bildirilmektedir. Son yıllarda giderek artan çalışmalar, hem term hem de preterm bebeklerde kokuların solunması sırasında gerçekleşen fizyolojik değişkenleri bildirmişlerdir. Örneğin limon aromalı pamuklu çubukların bebeklerin solunumunu düzenlediği, vanilya kokusunun apne sıklığını azalttığı ve bradikardiyi önlediği belirtilmektedir. Fakat kokunun preterm bebekler üzerindeki etkisinin daha çok çalışılması ve farklı koku maddelerinin oluşturacağı etkilerinin gözlenmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Koku, preterm yenidoğan,

**ABSTRACT** Nearly 140.000 preterm infants are born every year. Preterm infants spend their first few weeks or months of life outer environment which is more stressful (overstimulation, frequent hand-touch, painful procedures, remaining separate from the mother) than intrauterine environment due to its nature. Particularly pleasant and familiar scents are known to facilitate the psychophysiological adaptation of preterm infants to the environment for the first time and it is reported that it forms part of the binding event. Increasing number of studies in recent years report physiological variables that occur during inhalation of odors for both term and preterm infants. For example, its indicated that lemon-flavored cotton swab regulates the breathing of babies. Vanilla reduces the rate of apnea and prevents bradycardia. But its emphasized that the method for neonates should be studied more and impacts of the different odorants should be observed.

**Key words:** Smell, preterm newborn,

### Giriş

Her yıl yaklaşık 140.000 preterm bebek dünyaya gelmektedir.<sup>1</sup> Dünyada ülkelere göre değişmekle beraber tüm gebeliklerin yaklaşık %10'unu 2500 gr ve altında doğan düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebekler oluşturmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde bu oran daha yüksektir.<sup>2-4</sup> Düşük doğum ağırlıklı yenidoğanların ise % 70-75'i preterm doğumlardır.<sup>5</sup>

Araştırmacılar yenidoğanlarda akut koku duyusunun olduğunu bildirmişlerdir.<sup>6</sup> Koku alma duyusu, 26-28. gestasyonel haftada (GH) oluşmakta ve diğer duylarda olduğu gibi motor ve duygusal tepkilerin üretilmesinden sorumludur.<sup>7,8</sup> Anne bebeği ile ten tene temas ettiğinde anne sütü kokusu bebeği etkilemekte en ilkel reflekslerinden olan emme refleksini harekete geçirmektedir.<sup>7</sup> Buruna ulaşan koku molekülleri Bowman bezleri tarafından salgılanan mukus tarafından işleme tutulur.

Çözünen koku molekülleri olfaktör mukus içindeki koku bağlayan proteinler tarafından bağlanırlar. Koku bağlayıcı proteinler, cAMP (Siklik Adenozin Monofosfat) artmasına neden olur. Bunun sonucunda olfaktör reseptör hücrelerinde aksiyon potansiyel başlar. Periferik olfaktör reseptör hücreleri depolarize olduktan sonra bu elektrik uyarımını olfaktör bulbusa doğru gönderirler. Olfaktör bulbusdan uyarılar daha üst merkezlere gönderilmeden önce bu bölgenin diğer beyin bölgelerinden aldığı sentrifugal uyarılar yoluyla nöronal aktivite modifiye olur ve koku hafıza, fizyolojik ve psikolojik durum ile iletişime geçer.<sup>9</sup>

Yenidoğan, annesine ait kokuların binlerce kokunun arasından tanıyabilir. 28 haftalık bir preterm keskin kokulara karşı hapsirme, kaşlarını çatma, yüzünü buruşturma, fizyolojik stres belirtileri veya başını başka yöne çevirme şeklinde tepki

**Geliş Tarihi/Received:** 14-12-2016 / **Kabul Tarihi/Accepted:** 20-07-2017

<sup>a</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yazarlar sok 34381 Şişli/ İstanbul, ORCID ID:0000-0002-9150-476X

<sup>b</sup> İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Abide-i Hürriyet Caddesi 34381 Şişli/ İstanbul, ORCID ID:0000-0001-8915-6690

**Sorumlu yazar /correspondence:** Bahar Nur KANBUR; İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yazarlar sok 34381 Şişli/ İstanbul, TÜRKİYE, e-mail: [baharnurk@yahoo.com.tr](mailto:baharnurk@yahoo.com.tr)

verirken, çok küçük preterm bebekler ise solunum oranında artma/azalma, apne, kalp ritminde artma, oksijen saturasyonunda azalma gibi değişikliklerle tepki verebilirler.<sup>8,10</sup>

### Yenidoğanda Kokunun Önemi

Preterm bebekler yaşamlarının ilk birkaç haftasını veya ayını, yapısı gereği intrauterin ortamdan daha stresli olan (aşırı uyarılmalar, sık sık elle dokunma, ağırlı prosedürler, anneden ayrı kalma) dış ortamda geçirmektedirler ve çeşitli kokulara maruz kalmaktadırlar.<sup>11</sup> Özellikle hoş kokuların bebeklerin olumlu yanıtlarını arttırdığını, hoş olmayan kokuların ise bebekler üzerinde olumsuz etkileri olduğunu saptamışlardır. Hoş ve tanıdık kokuların bebeklerde birçok faktör üzerinde etkili olduğu özellikle preterm bebeklerde ilk ortama psikofizyolojik adaptasyonunu kolaylaştırdığı ve bağlanma olayının bir kısmını oluşturduğu bildirilmektedir.<sup>12-14</sup>

Son yıllarda giderek artan çalışmalar, hem term hem de preterm bebeklerde kokuların solunması sırasında gerçekleşen fizyolojik değişkenleri bildirmişlerdir.<sup>12</sup> Örneğin anne sütü kokusunun sakinleştirici etkisinin olduğu, limon aromalı pamuklu çubukların bebeklerin solunumunu düzenlediği<sup>15</sup>, vanilya kokusunun apne sıklığını azalttığı ve bradikardiyi önlediği belirtilmektedir.<sup>12,15</sup> Örneğin, nefes almadaki bir düşüşün ardından, limon aromalı pamuklu çubukla dokunsal (taktil) uyarı alan preterm bebeklerin uygun bir solunum hızına döndükleri görülmüştür.<sup>16</sup> Topuk kanı alma işleminde yapılan çalışmalarda, kendi annesinin sütünü koklayan yenidoğanların anlamlı derece daha az ağrı hissettikleri ve huzursuzluk/ajitasyon belirtilerinin daha az olduğu belirlenmiştir.<sup>13,14</sup> Marlier ve ark. (2001), 28-33. gestasyonel haftaları arasında doğan 24 preterm yenidoğanda bebeklerin kokuları algılama ve ayırt etme yeteneği hakkında yaptıkları bir çalışmada, bebeğin solunum hızının koku maddesinin (vanilya yadabütirik asit) hedonik değerine göre değiştiğini gözlemlemişlerdir.<sup>14</sup>

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kullanılan alkol, temizlik kimyasalları, dezenfektan ve flaster gibi hoş olmayan kokular ise bebeklerde olumsuz uyarılara sebep olmaktadır. Bu uyarıların azaltılması ile bebekte olumsuz fizyolojik tepkiler ve negatif koku deneyimleri azalır, bebek ile annesinin arasındaki bağın gelişmesi sağlanır. Eğer bebek daha önceki deneyimlerinde kan alma işlemi sırasında sürekli alkol kokusuna maruz bırakıldıysa, alkol kokusunu her duyduğunda ağlamaya başlayacaktır.<sup>7,8,17</sup>

### Aromaterapi

Aromaterapi; bitkilerin kabuk, yaprak, çiçek, meyve, tohum sapı, kök gibi farklı yerlerinden çeşitli yöntemlerle elde edilen güzel kokulu yağların kullanımına dayanan doğal bir tedavidir. Aromaterapi, 6000 yıllık bir geçmişe sahip olup, ilk olarak mumya yapımında eski Mısır uygarlığı tarafından ve yine aynı çağlarda tanrıya olan şükranın bir ifadesi olarak Çin Uygarlığı tarafından kullanılmaktaydı. Aromaterapi masaj, solutma(buğu)/kokulandırma, banyo vb. yöntemlerle uygulanmaktadır.<sup>18</sup>

### Ağrı ve Koku

Kokuların kullanılması ile nörotransmitterlerin salınarak sedasyon sağladığı ve ağrılı uyarıların azalttığı belirtilmektedir. Bununla ilgili en fazla çalışılan koku lavantadır. Erişkinlerde, uykusuzluk için yoğun bakım ünitesindeki hastaların stresle baş etmelerine yardımcı olmak amacıyla ile yastıkların üzerine lavanta konulmaktadır. Yenidoğanlarda bez pişikleri için de lavantalı oturma banyosu, badem yağı ve balmumu gibi çeşitli aromaterapi yağları kullanılmaktadır. Başka bir yağ olan Brezilya guavasının da analjezik etkileri saptanmıştır ve bebeklerdeki kullanımı araştırılmaktadır.<sup>11</sup> Nishitani ve ark. (2009), 48 sağlıklı term bebekte ayak topuğundan kan alma işlemi sırasında bebeklere kendi annesinin sütü, başka bir annenin sütü ve formüla süt kokusunu koklatarak, bebekte ağrı durumunu incelemişlerdir. Kendi anne sütünü koklayan bebeklerin diğer anne sütü ve formüla süt kokusuna oranla daha az ağrı duyduğu ve daha sakin oldukları bulunmuştur.<sup>19</sup> Ratalaz ve ark. (2005), 44 term bebekte yaptıkları ayak topuğundan kan alma işlemi sırasında bebekleri gruplara ayırarak kendi anne sütü kokusu, vanilya kokusu, tanıdık olmayan bir koku koklatmışlardır. Anne sütü ve vanilya kokusu uygulanan bebeklerin daha az ağladıkları, yüz buruşturma hareketlerinin azaldığı, kan alma işlemi sırasında daha az motor ajitasyon sergiledikleri ve işlem sonrası solunum sıkıntısının daha da azaldığını göstermişlerdir.<sup>21</sup> Yapılmış başka bir çalışmada sağlıklı preterm bebeklerde rutin kan alımı (topuk kanı veya venöz kan) sırasında belli kokuların (anne sütü, amnion sıvısı, vb) etkileri değerlendirilmiş ve çeşitli kokuların verilmesi ile ağlama ve yüz buruşturmada belirgin azalma saptanmıştır.<sup>11</sup>

### Anne Sütü Kokusu

Koku, karmaşık bağlanma olayının da bir kısmını

oluşturmaktadır. Japonya’da yapılan bir çalışmada kullanılmış ve kullanılmamış meme pedleri bebeğin başının iki tarafına yerleştirildiğinde, bebeğin başını sıklıkla kullanılmış ped tarafına çevirdiği ve doğumdan sonraki bir hafta içinde de kendi annesinin sütüyle ıslatılmış pedi diğer annelerin sütünden ayırt edebildiği gösterilmiştir.<sup>6</sup> Anne sütü kokusunda hastanede kalış süresinde azalma, sakinleştirici, emme hareketlerini attırıcı, oral beslenmeye erken geçiş gibi birçok olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir.<sup>19-23</sup> Aoyama ve ark. (2010), 26 sağlıklı termiyenidoğanlarda anne sütü ve formüla süt kokularına yanıt olarak serebral kan akımı ve oksijen değişikliklerini izlemişlerdir. Bebeklere uyurken sessiz bir ortamda kendi annesinin sütü ve formüla süt kokusunu uygulamışlardır. Bebeklerin kendi anne sütü kokusunu formüle süt kokularından ayırt edebildiğini ve anne sütü kokusunun, orbito-frontal bölgede önemli ölçüde oksijenli kan akımında artış yaptığı görülmüştür.<sup>21</sup> Bingham, Abassi ve Sivieri (2003), 26-36 gestasyon haftaları arasında olan 29 preterm bebeğe yaptıkları çalışmada, bebeklere anne sütü ve formüla süt kokusunu uygulamışlardır.<sup>23</sup> Anne sütü kokusunun hastanede kalış süresinde azalma, sakinleştirici, emme hareketlerini arttırıcı ve oral beslenmeye erken geçiş gibi etkilerinin olduğunu bulmuşlardır.<sup>21,22</sup> Soussignan, Schaal, ve Marlier (1999), 14 yenidoğanda yaptıkları çalışmada bebeklere sütsü kokular ve vanilya kokusunu uygulamışlardır. Bebeklerin davranışsal ve otonomik yanıtlarını üç gün boyunca, biberonla beslenme öncesi ve sonrası ortalama 50 dakika süresince gözlemlenmişlerdir. Beslenmeden önce düşük bir aktivasyon sergileyen bebekler, sütsü kokuların verilmesiyle gövde, baş ve ağız hareketlerini arttırmışlardır.<sup>24</sup> Doucet ve ark. (2007), 38-42 gestasyon haftaları arasında 55 sağlıklı yenidoğan ile yaptıkları benzer bir çalışmada, anne sütü kokusunun bebeklerde ağız açma, yalama hareketlerinde artma, gözleri açmaya teşvik etme, ağlamayı azaltıcı ve ağlamayı geciktirici etkilerinin olduğu gösterilmiştir. Özdemir (2012) 36 haftanın altındaki bir grup preterm bebeğin annesine bir Ookie bebek verilir, yaklaşık 8 saat boyunca annesinin göğsü üzerinde bekletmesi sağlanmıştır. Ookie bebekler kuvöz içerisinde 24 saat boyunca kalmıştır. Çalışma sonucunda anne kokusunun büyümeyi desteklediği ve hastanede kalış süresini kısalttığı bulunmuştur.<sup>23</sup> Anne sütü kokusu ile yapılan tüm bu çalışmalarda genellikle anne sütünün ağrıyı azaltıcı, emme hareketlerini arttırıcı, oral beslenmeye erken geçiş ve sakinleştirici etkileri olduğu

ayrıca oksijenlenmede artışa ve solunum sıkıntısında azalmaya neden olduğu bildirilmektedir.<sup>19,21</sup>

### Apne ve Vanilya Kokusu

Vanilya, Orchidaceae (salepgiller) familyasından birçok tropikal ülkelerde yetiştirilen, tırmanıcı gövdeli bir bitkitürüdür. Meyveleri 15-20 cm uzunlukta, yassı, iki uca doğru incelmıştır. Parlak siyahımsı renkli bir kapsülü olan vanilyanın kokusu özel ve tadı acıdır.<sup>18</sup>

Apne, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde özellikle pretermiyenidoğanda gözlenen en yaygın problemlerden biri olup, özellikle 30 gebelik haftasından önce doğan bebeklerin %80’ini etkilemektedir.<sup>14</sup> Apnenin insidansı gebelik yaşı ve doğum ağırlığı ile ters orantılıdır. 26-27 gestasyonel haftada olan pretermde apne sıklığının %78, 28-29 haftalık bebeklerde %75, 30-31 haftada %54, 32-33 haftada %14 ve 34-35 haftada ise %7 olduğu belirtilmektedir.<sup>25</sup>

Marlier, Gougler ve Messer (2005) 24-28 gestasyonel haftaları arasında apnesi olan 14 preterm bebek ile yaptıkları çalışmada birinci ve üçüncü gün hariç bebeklere vanilya kokusunu uygulamışlardır. Üç günlük araştırma boyunca bebekler sırt üstü yatırılmıştır. Çalışma sonunda 14 bebekten 12’sinde apne sayısında %36’lık bir azalma olduğu, bradikardisizapnelerin vanilya kokusu uygulandığı gün boyunca azaldığı (%44) ve bu azalmanın tüm bebeklerde etkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca orta şiddette bradikardinin (kalp atım hızı dakikada 70 ila 90 arası) varlığındaki apne sıklığı korunurken, şiddetli bradikardi (kalp atım hızı dakikada < 70) ile ilişkili apne sıklığında kuvvetli bir oranda azalma olduğu gözlenmiştir.<sup>14</sup>

Kanbur (2013)’un pretermiyenidoğanlara uygulanan vanilya esansı ve anne sütü kokusunun apne sıklığı üzerine etkisini belirlemek amacıyla 28-35 gestasyonel haftaları arasında apnesi olan 48 preterm bebek ile yaptığı çalışmada, anne sütü (16 preterm), vanilya grubu (16 preterm) ve kontrol grubu (16 preterm) olmak üzere üç grup oluşturulmuş ve dört gün boyunca süren çalışmada ikinci ve üçüncü gün bebeklere anne sütü kokusu ve vanilya kokusu koklatılmıştır. Araştırma sonucunda, vanilya kokusunun pretermiyenidoğanlarda apne geçirme sıklığını etkili bir şekilde azalttığı bildirilmiştir. Araştırma sonuçları, kafein ve doksaprama yanıt vermeyen apnelerin tedavisinde kuvöze vanilya kokusu verilmesinin teropötik değeri olduğunu göstermektedir.<sup>26</sup>



**Kaynaklar**

1. Yeşinel S. Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Riskli Prematürelerin Somatik Gelişimlerine Etki Eden Faktörler. [Doktora Tezi]. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Doğumevi Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2006 (Danışman: Sultan Kavuncuoğlu.
2. Amon E. Preterm Labor. In: Reece EA, Hobbins JC, editors. Medicine of the Fetus and Mothers. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1992. p.1529-1579.
3. Cunningham FG, Macdonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. Preterm and Postterm Pregnancy and Fetal Growth Retardation. In: New J, editör. Williams Obstetrics. Prentice-Hall International; 1993. p: 797-826.
4. Çetingöz E. Yüksek Riskli Gebelerde Preterm Eylem Ve Doğumun Önlenmesinde Mikronize Progesteronun İntravajinal Kullanımı. [Doktora Tezi]. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2007.
5. Bayram N. Riskli Pretermelerde Transport Edilen Ve Edilmeyen Grupların Morbidite ve Mortalite Yönünden Karşılaştırılması. [Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2006.
6. Gomella TL, Cunningham MD, Eyal FG, Tuttle D. Neonatoloji. Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve ilaçlar. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi; 2012. p. 182-187.
7. McGrath JM. Feeding. In: Kenner C, McGrath (eds). Developmental Care of Newborns and Infants: A Guide for Health Professionals. St. Louis, Elsevier, 2004. 321-342.
8. Muslu GK. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde fiziksel çevrenin düzenlenmesi. Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi Kitabı, İzmir, 2011. 9-13.
9. Noyan A. Yaşamda ve Hekimlikte Fizyoloji, 17. Baskı. Ankara, Meteksan A.Ş., 2008. 478-483.
10. Yıldırım Z. Prematürelde bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım. XI. Ulusal Neonatoloji Kongresi Kongre Kitabı, Samsun, 2001. 236-242.
11. Bartocci M, Winberg J, Papendieck G, Mustica T, Serra G, Lagercrantz H. Cerebral Hemodynamic Response To Unpleasant Odors In The Preterm Newborn Measured By Near-Infrared Spectroscopy. Pediatric Research (2001); 50:3.
12. Lecanuet JP, Schoal B. Fetal Sensory Competencies. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1996; 68 (1-2): 1-23.
13. Als H, Duffy FH, Mcanulty GB. Behavioral Differences Between Preterm And Full-Term Newborns as Measured With the AP-IB system scores: I. Infant Behavior and Development 1988; 11(3):305-318.
14. Marlier L, Gaugler C, Messer J. Olfactory Stimulation Prevents Apnea in Premature Newborns. Official Journal Of The American Academy of Pediatrics 2005; 115: 83-88.
15. Mathew OP. (2011). The Apnea of Prematurity: Pathogenesis and Management Strategies. Journal of Perinatology 2011; 31: 302-310.
16. Garcia AP, White-Traut R. Preterm Infants Responses To Taste/Smell And Tactile Stimulation During an Apneic Episode. Journal Of Pediatric Nursing [serial on the Internet]. 1993 [cited 2012 nov. 22]; 8(4): 245-252. Available from: <http://europepmc.org>
17. Hennessy AC. Routine care of the healthy newborn. In: De Kock J, van der Walt C (eds.) Maternal and Newborn Care: A Complete Guide for Midwives and Other Health Professionals, Pretoria, Juta Academic, 2004. 03-40.
18. Aromaterapi (<http://tr.wikipedia.org>) Erişim Tarihi: 2.01.2013
19. Nishitani S, Miyamura T, Tagawa M, Sumi M, Takase R, Doi H, Moriuchi H, Shinohara K. The calming effect of a maternal breastmilk odor on the human newborn infant. Neuroscience Research 2009; 63:66-71
20. Rattaz C, Goubet N, Bullinger A. The Calming Effect of a Familiar Odor on Full-Term Newborns. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics [serial on the Internet]. 2005 [cited 2012 dec. 18]; 26(2):86-92. Available from: <http://journals.lww.com>
21. Aoyama S, Toshima T, Saito Y, Konishi N, Motoshige K, Ishikawa N, Nakamura K, Kobayashi M. Maternal Breast Milk Odour Induces Frontal Lobe Activation in Neonates: A NIRS study. Early Human Development 2010; 86: 541-545.
22. Bingham PM, Abassi S, Sivieri E. A Pilot Study of Milk Effect on Nonnutritive Sucking by Premature Newborns. Arch Pediatr Adolesc Med 2003; 157: 72-75.
23. Özdemir F.K. Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım Uygulamalarının Prematürelerin Fizyolojik Belirtiler Büyüme ve Hastanede

- Kalış Sürelerine Etkisi. [Doktora Tezi]. Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 2012 (Danışman: Doç.Dr.F.G.Tüfekçi).
24. Soussignan R, Schaal B, Marlier L. Olfactory Alliesthesia In Human Neonates: Prandial State And Stimulus Familiarity Modulate Facial And Autonomic Responses To Milk Odors. *Dev Psychobiol* [serial on the Internet]. 1999 [cited 2012 sep. 12]; 35:3-14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
25. Zhao J, Gonzalez F, Mu D. Apnea of Prematurity: From Cause to Treatment. *Eur J Pediatr* [serial on the Internet]. 2011 [cited 2015 nov. 15]; 170(9): 1097–1105. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>
26. Kanbur B. Preterm Yenidoğanlarda Uygulanan Vanilya Esansı ve Anne Sütü Kokusunun Apne Sıklığı Üzerine Etkisi, [Yüksek Lisans Tezi]. Haliç Üniversitesi, İstanbul, 2013 2012 (Danışman: Yard. Doç. Dr. S.Balcı).

## ADLİ EBELİK

### FORENSIC WIFERY

Sevde AKSU<sup>a</sup> 

#### ADLİ EBELİK

**ÖZET** Ülkemizde ‘Anne ve Çocuk Sağlığı Hizmetlerinde’ önemli rolü olan ebeler; adli bilimlerin uzmanlık alanları içinde adli ebelik uzmanlık alanı olarak yer almamaktadır. Adli ebeliğin rol alabileceği çalışma konuları da sadece adli obstetrik-jinekoloji ve adli hemşirelik disiplinleri tarafından yürütülmektedir. Bu makalenin amacı, ülkemizde uygulama alanı bulamayan adli ebelik disiplinin kapsamı ve özellikleri hakkında bilgi vermek, adli bilimlerin uzmanlık alanları içinde adli ebeliğe dikkat çekmek ve adli vakaların tanı, tedavi ve değerlendirilmesinde önemli ölçüde katkı sağlayabileceğini belirtmektir.

**Anahtar Kelimeler:** Ebe, adli ebelik, adli vaka.

**ABSTRACT** Midwives who have an important role in 'Mother and Child Health Services' in our country; is not included as a specialist area of forensic midwifery within the specialties of forensic sciences. We can see that studies of forensic midwifery are only implemented by forensic obstetric gynaecology and forensic nursing. Purpose of this article is informing about content and characteristic of forensic midwifery that can't find an application field in our country, attracting attention to forensic midwifery and stating that forensic midwifery can contribute to assessment of forensic apparitions.

**Key Words:** Midwife, Forensic midwifery, criminal cases.

#### Ebelik ve Hukuki Sorumlulukları

Ülkelerin sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirildiğinde; gelişmekte olan ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasındaki en önemli farkın “Anne ve Çocuk Sağlığı” alanında olduğu görülmektedir. Ülkemizde de “Anne ve Çocuk Sağlığı” alanındaki sorunlar birinci sırada yer almaktadır. Ebe, görev-yetki ve sorumlulukları açısından bu alanda en önemli sağlık mesleği üyelerinden biridir.<sup>1,2</sup>

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ebe; “gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yenidoğanın bakımını üstlenmek üzere eğitilen kişi” olarak tanımlanmıştır.<sup>3</sup> Uluslararası Ebeler Konfederasyonu’na göre (International Confederation of Midwives, ICM) ebe; gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne bakımını sağlayan, kendi sorumluluğunda doğumu gerçekleştiren, yenidoğan bakımını sağlayan ve yaşam boyu kadın ile işbirliği içinde çalışan, güvenilir ve sorumluluk sahibi profesyoneldir.<sup>4</sup> Sağlık Bakanlığı’na göre ise ebe; ana-çocuk sağlığı hizmetlerini yürüten, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası

hizmetleri veren, doğum yaptıran, 0-6 yaş grubu çocuk beslenme ve aşıları yapan, aile planlaması, kişisel temizlik kuralları, ilk yardım, bulaşıcı ve sosyal hastalıklardan korunma ve savaşla ilgili konularda bireye, aileye, topluma sağlık eğitimi veren, doğum ve ölüm istatistik verilerini toplayan, değerlendiren, kamu kuruluşları ile gerekli işbirliğini sağlayan insani ve ahlaki davranışları ile örnek, sağlık bakanlığınca tescil edilmiş bir okuldan mezun olan meslek mensubudur.<sup>5</sup>

Ülkemizdeki ebelik mesleğine ilişkin yasal düzenlemelere bakılacak olursa; ilk olarak 1219 Sayılı Tababeti Şuabat-ı Tarzı İcrasına Dair Kanunu’nda yer almakta olup kanunun 47. maddesine göre kimlerin ebelik mesleğini kimlerin yapabileceği, 51. ve 52. maddelerinde ise ebelerin hangi fiilleri yapıp hangilerini yapamayacağı belirlenmiştir.<sup>6</sup> Aile Hekimliği Pilot Uygulama Hakkındaki Kanun’un 2. ve 18. maddelerinde ebe; ‘Sağlık Elemanı’ olarak geçmektedir.<sup>7</sup> Yataklı Tedavi Kurumları İşletmeliği Yönetmeliği’nin 133. maddesine göre ebenin görevi; doğum, doğum kontrolü ve doğum sürecinde yaşanan durumlarda görevli, bu işin eğitimini almış kişiler olarak ifade edilmektedir.<sup>8</sup>

Geliş Tarihi/Received: 13-04-2017 / Kabul Tarihi/Accepted:19-09-2017

<sup>a</sup> Öğr. Gör. Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir Sağlık Yüksekokulu, Ebeler Bölümü, Balıkesir.

E-mail = sevde.c@gmail.com, E-mail = sevdeaksu@balikesir.edu.tr

ORCID ID: 0000-0001-7749-8474

2001 yılında 224 sayılı Sosyalizasyon Kanunu'ndaki düzenlemeler ile ebelerin sağlık evlerinde çalışma usulleri anlatılmaktadır. Bu hizmetler arasında; ana çocuk sağlığı hizmetleri, üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetleri, bağışıklama hizmetleri, sıtma savaşı, verem savaşı, bulaşıcı hastalıklar, çevre sağlığı, sağlık eğitimi, diğer sağlık hizmetleri, hekimin reçeteyle belirttiği ilaçların enjekte edilmesi, pansumanlarının yapılması, kronik hasta izlemlerinin yapılması, acil müdahalelerin yapılması, kayıt ve istatistiklerin yapılması yer almaktadır.<sup>9</sup>

Ülkemizdeki ebelerin çalışma usullerine ilişkin yasal mevzuatlarda da görüldüğü gibi, profesyonel bir sağlık disiplini olarak ebelik mesleğinin amacı; savunucu, uygulayıcı, eğitici ve araştırmacı roller üstlenmektir.<sup>10</sup> Ancak ebeliğin statüsü önündeki engel faktörler arasında; statü dışında çalışma, iyi tanımlanmış bir disiplin olmaması, ekip ilişkilerinde çatışmaların varlığı ve bir otoriteye itaat etmek zorunda kaldıklarını hissetmeleri ve bağımlı rollerinin bağımsız rollerinden fazla olması yer almaktadır.<sup>11</sup> Ülkemizde ebeler bu yasal mevzuat içerisinde koruyucu sağlık hizmetlerini; sağlık evleri ve aile sağlığı merkezlerinde, obstetrik tedavi ve bakım rollerini ise devlet ve özel hastaneleri ile 3. basamak hastanelerde icra etmektedirler. Ancak 2. ve 3. basamak hastanelerde sadece doğum kliniklerinde çalışmamaktadırlar. 2007 yılındaki Yeni Hemşirelik Kanunu'na göre son 3 yıldır hemşire hizmeti yapan ebelere hemşirelik yetkisi de verilmiş olup hastanelerin personel ihtiyacına göre acil, çocuk klinikleri, yoğun bakımlar ve diğer kliniklerde çalışmaya devam etmektedirler.<sup>12</sup>

Devlet Planlama Teşkilatı'nın 2010 yılındaki Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu'na göre ülkemizdeki ebelerin istihdam durumuna bakılacak olursa sağlık bakanlığında 43.404, üniversite hastanelerinde 554, özel hastanelerde 4.127 ebe aktif olarak çalışmaktadır.<sup>13</sup>

Sağlık mensubu olan ebeler görev tanımları çerçevesinde çalıştıkları tüm kurumlarda meslek uygulamalarında cezai ve idari sorumluluklarının yanında hatalı fiiller sebebi ile hukuki sorumluluğa sahiptirler. Hukuki sorumluluğun doğması için de kanuna uygun şekilde mesleğini yapan ebelerin mesleki uygulamalarında; hukuka aykırı fiil, zarar, illiyet bağı ve kusur unsurlarının olması gerekir. Hukuka aykırı fiil, ebelerin gerçekleştirdiği tıbbi

müdahaleler sonucu vücut bütünlüğüne zarar vermesi ve hukuka haksız fiil oluşturmasıyla gerçekleşir. Örneğin, ebe normal doğum yaptırırken dikkatsiz ve özensiz davranarak bebeğin kolundaki sinirlerin zedelenmesine sebep olmuşsa, bebekte ve ailesinde oluşan maddi-manevi zararları ödemek durumundadır. Zarar, hukuka aykırı fiil sonucunda maddi zararın ya da manevi zararın doğmuş olmasıdır. Zarar gören kişinin zarar gördüğünü iddia ve ispat etmesi gerekir. Bedensel zararlar olarak da isimlendirdiğimiz vücut bütünlüğün ihlal eden yaralanma, sakat kalma durumlarında hem maddi hem manevi zararın oluşması mümkündür. İlliyet Bağı, oluşan zarar hukuka aykırı fiil sonucunda oluşmuş olmalıdır. Yani zarar ile fiil arasında bağlantı, sebep sonuç ilişkisi olmalıdır. Örneğin, ebe doğumu yaptırıp anneye bebeği emzirmesi için verdikten sonra anne, bebeği düşürür ve sakat kalmasına sebep olursa; ebenin müdahalesi ile bebeğin sakat kalması arasında illiyet bağı bulunmadığından ebeyi zarardan sorumlu tutabilmek söz konusu değildir. Kusur, gerçekleştirilen fiil sonucunda oluşan zararların sebebi failin yanlış, hatalı, ihmalkar, kurallara aykırı davranışları ise failin kusurlu olduğu kabul edilir.<sup>14</sup>

#### **Adli Ebelik ve Kapsamı**

Ebeler, sahada çalışma alanları (doğum ve jinekoloji klinikleri, çocuk servisleri ve yoğun bakımları, çocuk aciller, AÇS-AP merkezleri, aile sağlığı merkezleri) ve hukuki sorumlulukları göz önüne alındığında birçok adli olayla karşılaşmaktadır. Bu olaylar ile karşılaştıklarında görev tanımları gereği kurum organizasyon şemasına göre kurum amirlerine bildirmekle yükümlüdürler. Çoğu adli vakalarda bireyi ilk gören, ailesi ya da yakınlarıyla ilk iletişime giren, muayene sırasında eşyalarına dokunan ve bireyden alınan laboratuvar örnekleri ile ilk temas eden kısaca ilk adli kanıtlara ulaşabilecek sağlık personellerinden biri olan ebelerin görevi bildirim yükümlülüğü ile sınırlandırılmamalıdır.<sup>15</sup>

Hammer'e göre, tıbbi muayeneyi yapanlar ya da yasal yaptırım uygulama yetkisi olan memurların bazı özellikleri nedeni ile mağdurlar, aileleri ve failer uygunsuz bakım alma riski altında olabilirler. Adli araştırmalar sırasında görevli ekip üyeleri mağdurların yaşadığı emosyonel acı ve travmayı anlamayabilirler. Ancak ebeler, hemşirelerde olduğu gibi mesleki misyonları gereği holistik

açından bu emosyonel acı ve travmayı anlamaktadırlar.<sup>16</sup>

Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve ebeler, şiddete uğrayan kadınların sıklıkla başvurabilecekleri kurumlarda hizmet vermeleri nedeni ile kadına yönelik şiddetin önlenmesinde, çok daha stratejik bir konumdadırlar. Bu konularından dolayı kadına yönelik şiddet olgularının erken saptanmasında ve kadınların içinde buldukları duruma ilişkin kabul edilebilir çözüm yolları bulunmasında, fiziksel ve ruhsal olarak gerekli yardımı sağlamada ebelere önemli görevler düşmektedir.<sup>17</sup>

DSÖ, kadına yönelik aile içi şiddet ile mücadelede sağlık çalışanlarının yükümlülüklerini şu şekilde sıralamıştır.<sup>18</sup>

- İlk olarak şiddet davranışının yaşandığı ailelerde, şiddetin nedenleri ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi.
- Şiddet davranışını yaşayan olgulara acil tıbbi tedavi verilmesi ve sosyal destek ortamı yaratılması.
- Şiddet olgularında polis desteği, sosyal servis elemanlarının katılımı, sağlık çalışanlarının ortaklaşa oluşturdukları merkez yardımı ile işbirliği içerisinde çalışılmasıdır.

Ebe aile içi şiddeti tanımada, doğum ve kadın sağlığı hemşireleri, acil bakım hemşireleri ve halk sağlığı hemşireleri yanında mağdurlara en yakın olan ve yeterli bakım sağlayabilecek bir pozisyondadır.

İlk Muayenede Kadın kendisine şiddet uygulandığını bildirirse;

- Kadın muayene edilir, vücudundaki travmalar belirlenir ve tedavisi için ilk müdahale yapar.
- Gerekli görülen laboratuvar tetkikleri, radyolojik tetkikler yapar ve/veya konsültasyon ister.
- Hastane polisini bilgilendirilir. Hastanedeki polis noktası gerekli adli işlemleri başlatır. Hastanın sağlığının bozulmasından, başka kişinin tedbirsiz, dikkatsiz veya ihmalkâr davranışı ya da kasıtlı eyleminin sorumlu tutulduğu durumlarda bu olgu adli olgu olarak değerlendirir.
- Rapor düzenlenerek muayene bulguları kaydeder.
- Kadına yönelik aile içi şiddet kayıt formu doldurur.
- Hastanın yatarak tedavisine karar verilirse uygun servise yatırır. Hastane koşulları hasta için yeterli değilse ve hekim tarafından gerekli görülürse hasta ileri bir merkeze sevk

edilmesini sağlar. “Acil Hizmetler Yönetmeliği’ne göre stabilize edilmeden hiçbir hasta acil servisten taburcu edemez. Gerekli tedavinin yapılmadığı durumlarda, hasta ve varsa yakınına sevk nedeni ayrıntılı olarak açıklar ve sevkini yapacağı hastanedeki ilgi hekimle görüşüldükten ve bakım garantisi alındıktan sonra uygun bir araç ya da ambulans ile hasta/yaralı gönderir.

- Hastanın hastanede yatmasını gerektirecek bir durumu yoksa risk değerlendirmesi yapar. Eve dönmek istiyor ve risk düşünülüyorsa reçetesi düzenlenerek, gerekiyorsa takip planı yapılarak yasal hakları ve tekrar şiddet görme riski olması durumunda başvurabileceği kurumlar konusunda bilgilendirilerek taburculuk işlemlerini başlatır.

Şiddet riski olduğu düşünülüyorsa kadın, polis marifeti ile ‘Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu’na bağlı kurumlara yönlendirir.<sup>19</sup> Cinsel Şiddete yönelik muayenenin kapsamı aşağıda tanımlanmıştır.<sup>20,21</sup>

- Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması,
- Cinsel şiddet olarak sınıflanabilecek olayları da kapsayacak şekilde hastanın ayrıntılı anamnezinin alınması,
- Tam ‘tepeden tırnağa’ fiziksel muayenesi,
- Cinsel organlar ve anüs bölgesinin ayrıntılı muayene edilmesi,
- Tespit edilen yaralanmaların kaydedilmesi ve sınıflandırılması,
- Tespit edilen tıbbi numunelerin teşhis amacıyla toplanması,
- Adli tıp numunelerinin alınması,
- Elde edilen delillerin muhafazası açısından etkilenmesi, paketlenmesi ve gerekli yerler ulaştırılması,
- Psikolojik destek olanaklarının araştırılması ve mağdura (yakınlarına da olabilir) verilmesi ,
- Muayene sonrasında hasta takibiyle ilgili düzenlemelerin gerçekleştirilmesi,
- Hasta ile ilgili tüm belgelerin bir araya getirilmesi ve arşivlenmesi,
- Tıbbi ve adli rapor (yetkili kuruluşlarca) hazırlanması.

Kraliyet Ebelik Koleji’ne göre şiddet mağduru gebelere olan tıbbi yaklaşımda ebelerin önemini vurgulamıştır.<sup>22,23</sup> Ayrıca ‘İrlanda Ulusal Cinsel Saldırı Mağdurlarına Adli Klinik Yaklaşım Rehberi’ne göre (National SATU Guidelines Development Group 2010) adli klinik

çalışanlarından olan ebelerin cinsel istismar mağdurlarına profesyonel sağlık üyeleri olarak yaklaşımı tanımlamaktadır.<sup>24</sup>

Başlıca görevi kadın ve çocuk sağlığı olan ebelerin adli olaylarda; öykü alma, fiziksel muayene, kanıtın tanımlanması, kanıtın toplanması, kanıtın saklanması, kanıt koruma zincirinin sağlanması, kanıtın kayıt edilmesi, krize müdahalede önemli rolleri olacağı unutulmamalıdır.<sup>25</sup>

Adli Ebeliği bu bağlamda; “ebelik eğitiminde ve klinik ebe pratiğindeki bilgi ve deneyimlerini yasal prosedürlerden yararlanarak adli tıp vakalarına uygulayan, mağdurların (tüm yaş grubu kadınlar, gebeler, lohusalar, 0-6 yaş grubu çocuklar) travmatik yaralanmalarını gözlemleyen ve raporlayan, failin kimliğinin belirlenmesi için travmaya uğrayan ya da ölen adli vakalar üzerinde çalışarak delil toplayan, olayın ve delilin analizini yapan, cinsel suçlar biriminin muayene ekibi içinde yer alan, mağduru ve tanıdığı koruma programında çalışan, mahkemede bilirkişi olarak tanıklık eden, Adli Ebelik çalışma konuları ile ilgili bilimsel araştırmalar yapan adli bilimlerin uygulama uzmanlık alanıdır.” şeklinde tanımlayabiliriz.

Dünyada adli ebelik kavramı adli hemşirelik kadar geliştirilmemiştir. Ülkemizde ise çok yeni bir kavram olan adli ebelik uygulamalarını işlevselleştirmek amacıyla Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı bünyesinde 2015 yılında ‘Adli Ebelik’ kursu düzenlenmiştir. Ayrıca Adli Bilimciler Derneği’ne bağlı olarak ‘Adli Ebelik Komisyonu’ kurulmuştur. Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu Lisans Müfredatı kapsamında seçmeli ders olarak yer alan ‘Adli Hemşirelik’ yanında ‘Adli Ebelik’ de açılmıştır. Ayrıca 2010 yılında Yeni Yüzyıl Üniversitesi bünyesinde kurulan Türkiye’nin ilk ‘Cinsel Suçlar Birimi’ kapsamında; adli bilim uzmanı, kadın doğum uzmanı, adli genetikçi, adli hemşire, adli ebe, psikolog, pedagoğ ve hukukçu kadrosu bulunmaktadır.

### **Adli Ebelerin Roller ve Sorumlulukları**

Ülkemizde adli ebelle ilgili bir çalışmaya rastlanmamış olup adli ebeliğin rol alabileceği çalışma konuları da sadece adli obstetrik-jinekoloji ve adli hemşirelik disiplinleri tarafından yürütüldüğü görülmektedir.

Halbuki adli ebeler, adli hemşirelerde olduğu gibi acil servis, intihar önleme merkezleri, tecavüz kriz merkezleri, olay yeri inceleme, ölüm araştırmaları, cezaevleri, hukuk büroları ve adli patoloji laboratuvarlarında çalışabilir ve aynı

zamanda mahkemede uzman bilirkişi/tanık olarak görev alabilirler.<sup>26,27,28</sup> Adli ebe, rol ve sorumluluklarını gerçekleştirirken başta adli hekim olmak üzere adli bilimciler, psikolog, jinekolog, sosyal hizmet uzmanı, yargı mensupları (hakim, savcı, avukat) ve güvenlik mensupları (polis, jandarma) gibi birçok farklı disiplinin üyelerinden oluşan adli ekip ile birlikte görev yapabilir. Ayrıca adli ebeler Adli Tıp Kurumu, Adli Tıp Enstitüleri ve bilirkişi kuruluşlarıyla da çalışmaktadırlar.<sup>26-30</sup>

### **Fiziksel kanıtların toplanması**

Kanıt toplama süreci bir incelemede önemli olan süreçlerden birisidir ve ebe bu sürecin bir parçasıdır. Ebeler kanıt toplama teknikleri ve aşamalarının her birinde yer alarak hiçbir şeyin gözden kaçırılmadığından emin olmalıdırlar. Cinayet, yaralama, tecavüz, trafik kazası gibi kriminal olaylarda olgular ilk olarak acil servislere başvurumaktadırlar. Adli ebeler bir mağdur acil servise getirildiği zaman istem dışı olarak inceleyici/araştırmacı görev alırlar. Bu aşamada ebeler mağdur ile ilgili bütün verileri ve tedavi gerektiren tıbbi durumları, morluk, kesik, laserasyonların varlığını ve yerlerini değerlendirir ve kaydederler. Yasal incelemeleri yapan memurlara tükürük, semen, kurşun, bedenden kurşunların çıkarılması, mağdurun giysi ve eşyalarının ileri incelemeler için değerlendirilmesinde adli ebeler yardımcı olabilirler. Fiziksel kanıtlar toplanırken kontaminasyonu en aza indirmek ve temel teknik ve prosedürleri izlemek için mutlaka eldiven giyilmeli, olay yerinde arta kalan her şey toplanmalı, DNA analizi yapılabilecek deliller uygun teknikler ile alınmalıdır.<sup>31</sup> Hastalardan tıbbi kanıtların toplanması, korunması ve saklanması konusunda ebeler hemşirelerde olduğu gibi diğer sağlık ekip üyelerine göre daha uygun şartlara sahiptirler. Ebelerin adli kanıtların toplanması, saklanması ve korunması konusundaki hassas tutumları adli soruşturma sürecinde daha sağlıklı ve zengin delillerin bulunması ve bu delillerin raporlandırılmasını sağlamaktadır.<sup>32</sup>

### **Kanıtın kayıt edilmesi:**

Tutulan tıbbi kayıtların yasal olarak da kullanılabilir olması sağlanmalıdır. Terminolojinin kanıtları göz ardı edecek şekilde olması engellenmelidir. Mağdurdan ifade alırken doğrudan onun ifadeleri kullanılmalıdır. Verilen tıbbi tedaviler kaydedilmeli, morluk ve

yaralanmalar renk, sayı ve boyutları ile belirtilmelidir.<sup>31,32</sup>

### **Kanıtın saklanması**

Sağlık bakım kurumları, şüpheli ölümleri kayıt ve takip prosedürleri geliştirmelidir. Standart uygulama prosedürleri geliştirilmeli ve ekip şüpheli bir durumda nasıl hareket edeceğini bilmelidir. Bütün sağlık profesyonelleri kanıtları nasıl koruyacağını, adli olaylarda nasıl davranacağını bilmeli ve bu prosedürleri izlemelidir.<sup>33</sup>

### **Kanıt koruma zincirinin sağlanması**

Delil kişiler arasında gezerken her bir kişi paketi açtığı, incelediği tarih ve zamanı kaydetmelidir. Bu şekilde kanıtın kaybolması önlenir. Kanıtları değerlendiren herkesten adını, soyadını, işini ve çalıştığı bölümü yazması istenmelidir. Kanıt zinciri ve kanıtın saklanma süresi mümkün olduğunca kısa tutulmalıdır. Toplanan kanıtların kurum içine veya dışına gönderilmesi sırasında kanıtların değiştirilmemesi ve dış koşullardan etkilenip bozulmaması için gerekli önlemler mutlaka alınmalıdır.<sup>31,32</sup>

### **Mahkemede tanıklık**

Adli ebeler mahkemelerde şahit olarak dinlenebilirler. Eğer ebe bir mahkemeye tanık olarak çağrılır ise; ifadesi yazılanlar ve fiziksel muayene sonucu toplanan kanıtlar ile tutarlı olmalıdır. Uygunsuz terminoloji kullanımı olayın aydınlanmasını güçleştirebilir. İfadede kullanılacak terimler herkesin anlayabileceği şekilde olmalı, olaydaki nedenler ve yaralanma mekanizmaları uygun şekilde anlamaya ve anlatılmaya çalışılmalıdır. Uzmanlık alanının dışındaki konular hakkında fikir belirtmekten kaçınılmalıdır. Bu adımları izleyerek ve uygun şekilde kanıt toplanarak mağduruyasal sistemden korkması engellenebilir.<sup>31-35</sup>

Bu bağlamda adli ebelerin rol ve sorumluluklarını yerine getirebilecekleri özel alanları şöyle sıralayabiliriz;

### **Klinik adli ebeliği**

Acil servisler başta olmak üzere travma sonrası sağlık kuruluşlarına gelen/getirilen fail veya kurbanlara müdahale eden ekipte yer alan ebelerdir. Bu konumda çalışan adli ebeler hastanın kabulü ve taburculuğu arasında bulunan süreçte hastanın bakımı, tedavisi, adli delillerin tespiti-toplanması-saklanması, tıbbi kayıtların doğru ve eksiksiz olarak yapılması, biyolojik ve kimyasal incelemeler için Cumhuriyet Savcılığı ve Mahkeme talimatı ile örneklerin alınması,

kişinin üzerindeki giysilerin uygun şekilde çıkarılıp saklanması, toplanan bilgiler ve delillerin ilgili mercilere uygun şekilde teslim edilmesi sürecinde görev almalıdırlar.<sup>34</sup>

### **Cinsel saldırı muayene ebeliği**

Cinsel saldırıya uğradığı iddiasında olan kurbanlara özel bakım ve tedavi alanında özelleşmiş ebelerdir. Görevleri arasında; yaralanmaları değerlendirmek, tıbbi öyküsünü almak, fizik muayenesini yapmak, suçla ilgili bilgileri kaydetmek, cinsel yol ile bulaşan hastalıkları araştırmak ve kurbanı bu konuda danışmanlık yapmak, adli kanıtları toplamak, saklamak ve iletmek, kurbanı yardım etmektir.<sup>31-35</sup>

Yasal süreçlerde görevli ebe, sadece cinsel istismarlarda görevli olan hemşire rolü ile değil; aileye bu yıpratıcı süreçte yardımcı olan, çocuk istismarında tıbbi kayıtları ve fotoğrafları değerlendirebilen, suçluları hastanelerde izleyen, kurbanları adliyede ya da bakımevlerinde izleyen, tıbbi kayıtları gözden geçiren, tedavi ve bakımları yapan bir profesyonel olmalıdır.<sup>31-35</sup>

### **Pediatride adli ebelik:**

Bu alanda çalışan ebe, çocuk istismarı ve ihmali olaylarının kabulü ve değerlendirilmesi, tedavisi, koruyucu hizmet veren birimlere yönlendirilmesi, aile içi şiddet, hırpalanmış çocuk sendromu ve ani çocuk ölümü gibi olayların olma ihtimallerinin incelenmesini, mağdurun izlemine ve rehabilitasyonunu sağlamak ve gerektiğinde tanık olarak görev almaktadır. Adli pediatri ebeleri çocuklara yönelik istismar, ihmal ve insan haklarının ihlali gibi konular ile bakıma ihtiyacı olan çocuklara bakım vermekle sorumludurlar. Adli pediatri ebeleri genellikle hastanelerin pediatri servislerinde bağımsız çalışan ebelerdir. Adli pediatri ebeleri çocuklara bakım verirken, çocukların kötü muamele ile karşılaşmış olmasına dair belirti ve bulguların olup olmadığını değerlendirmeli, bu konuda dikkatli olmalıdır.<sup>31-35</sup>

### **Obstetri ve jinekolojide adli ebelik:**

Bu alanda çalışan ebe, fiziksel ve psikolojik travmaya uğrayan kadınların muayenesi, aile içi şiddet, gebelerde madde bağımlılığının değerlendirilmesi, travmaya uğradığı iddia edilen gebe kadının genel takibi, travmaya bağlı düşük, erken ya da ölü doğum ile ilgili durumlarda doğru ve eksiksiz öykü alınması ve kaydedilmesi ve gerektiğinde tanık olarak görev almaktadır.<sup>31-35</sup>

### **Nezarethane, cezaevi ve islahevinde adli ebelik:**

Bu alanda çalışan ebe, cezaevlerine gönderilmeden önce nezarethanede alkol/madde bağımlılığı ya da kronik hastalığı olan kişilerde gelişebilecek olası sorunların önlenmesi için optimal sağlık koşullarının sağlanması, akut hastalık ve yaralanmaların tedavisi ve ileri tedavi amacıyla yönlendirilmesi, gözlem altındaki hükümlülere eğitim verme, fiziksel travmanın değerlendirilmesi ve ani ölümlerin incelenmesi, insan hakları ve olası kötü muamelenin önlenmesinde görev yapmaktadır.<sup>31-35</sup>

### **Tecavüz kriz merkezlerinde ebelik:**

Bu alanda çalışan ebe, cinsel saldırıya uğramış kişilerin muayenesinin yapılması, kanıtların eksiksiz ve uygun şekilde toplanması ve muhafaza edilmesi, tedavinin her sürecinde mağdura ve yakınlarına bilgi verilmesi, mağdurun izlenmesi, mağdur merkezden ayrılacaksa güvenli bir yere gideceğinden emin olunması ya da yakınlarından iletişim kurulması, uygun biri gelip kendisini merkezden alıncaya kadar merkezde kendisine kalacak yer sunulması ve rehabilitasyonunda görev yapmaktadır.<sup>31-35</sup>

### **Bilirkişilik**

Adli ebeler, ihmal ve malpraktis uygulamaları ve tıbbi kayıtların incelenmesinde görev yapabilmelidir.

### **Sonuç**

Günümüzde dünyada ve ülkemizde sürekli gelişmekte olan adli hemşirelik kadar ebelerin de tıp ve yargı arasında birleştirici ve destekleyici olarak kilit bir rol oynadığı unutulmamalıdır. Adli ebeliğin; şiddet, travma ve diğer suç olgularının failleri ve travma/ölüm olaylarındaki mağdurların muayenesi, biyolojik ve fiziksel kanıtların toplanması ve korunması, mağdur ve yakınlarının destek ve rehabilitasyonu, adli raporun yazılması, ebe/hemşirelik hizmetlerinde eğitim ve danışmanlık yapma ve şiddeti önleyici rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Dünyada Adli hemşirelerin görev ve sorumluluklarının meslek özellikleri ve etik ilkeler kapsamında tanımlanmasına karşın özellikle ülkemizde adli hemşireliğe ve adli ebeliğe ilişkin yasa ve yönetmelik olmaması nedeniyle çalışma alanları akademik çalışmalar dışına çıkamamaktadır. Halbuki lisans eğitimlerindeki müfredat içeriği bakımından bugün ülkemizdeki adli görüşme odaları, cinsel suçlar birimlerindeki pedagoğ, sosyal hizmet uzmanı, adli hekimlerinin yanında

yerini almalıdır. Adli ebeliğin lisans ve lisansüstü ebelik eğitim müfredatına eklenmesi, konuyla ilgili gerekli kanun ve yönetmeliklerin çıkarılması ve bilimsel araştırma, kurs ve seminerlerin düzenlenmesi adli ebeliğin gelişmesine katkı sağlayacaktır. Bu açıdan adli ebeler, yasalarla kabul edilmiş profesyonel lisansa sahip ebelerden oluşmalıdır. Ayrıca normal lisans düzeyindeki ebelik eğitimlerini aldıktan sonra özelleşerek, adli bilimler alanında kurslara katılmalıdırlar ve fiziksel kanıtların korunması, yaranın tanımlanması, yasaların ortaya çıkarılması gibi konularda eğitim almalıdırlar.

Yeni bir uzmanlık alanı olan adli ebelik hukuk ve tıp alanı arasındaki uçurumun kapatılmasında bir köprü görevi görmektedir. Adalet sistemi içinde yer alan memurlar, avukatlar, diğer sağlık profesyonelleri, hukuk ve sağlık sistemi arasındaki bağlantıyı kurmada adli ebeğin kritik ve önemli rolünü giderek daha fazla algılayacak ve kabul edecek, bu nedenle adli ebeye olan ihtiyaç doğacaktır.<sup>35</sup>

### **Kaynaklar**

1. Balkaya A. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002;6(2):42-9.
2. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği[Kadın sağlığına giriş].12. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2012. s.8-9.
3. Arslan H, Karahan N, Çam Ç. Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008; 1(2): 54.
4. International Confederation of Midwives. The philosophy and model of midwifery care. Erişim tarihi: 17.02.2017, [http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005\\_001%20ENG%20Philosophy%20and%20Model%20of%20Midwifery%20Care.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005_001%20ENG%20Philosophy%20and%20Model%20of%20Midwifery%20Care.pdf).
5. Ebelik mesleğinin tanımı, çalışma alanları ile görev yetki ve sorumlulukları. Erişim tarihi:18.03.2017,[http://www.turkebelderneği.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1&Itemid=0](http://www.turkebelderneği.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=0).
6. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Erişim tarihi: 18.03.2017, [https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1014:1219-tababet-ve-uabati-sanatlarının-tarzi-crasina-dar-kanun&catid=1:yasa&Itemid=28](https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=1014:1219-tababet-ve-uabati-sanatlarının-tarzi-crasina-dar-kanun&catid=1:yasa&Itemid=28).



7. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Erişim tarihi: 18.03.2017, <http://www.saglik.gov.tr/TR,10412/5258-sayili-aile-hekimligi-pilot-uygulamasi-hakkinda-kanun.html>.
8. Yataklı Tedavi Kurumları İşletmeliği Yönetmeliği. Erişim tarihi: 18.03.2017, <http://www.saglik.gov.tr/TR,10518/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeliği-son-degisiklerle-beraber.html>.
9. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Erişim tarihi: 18.03.2017, <http://www.saglik.gov.tr/TR,10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyalleştirilmesi-hakkında-kanun.html>.
10. Jones SR, Symon A. Ethics in midwifery. 2nd Edition. Elsevier Limited; 2000. p. 3-187.
11. Ersoy N. Ebelikte meslek etiğinin, etik değerlerinin önemi ve gereği. I. Uluslararası & II. Ulusal Ebelik Kongresi 2011; Safranbolu Özet Kitabı, s. 12-45.
12. Hemşirelik kanunu. Erişim tarihi: 18.03.2017, <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/hemsirelik-kanunu.aspx>.
13. Türkiye’de sağlık eğitimi ve sağlık insan gücü durum raporu. Erişim tarihi: 18.03.2017, [http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30217/turkiyede\\_saglik\\_egitimi/3eef8efe-9fbc-4e66-bc05-15262a6ec747](http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30217/turkiyede_saglik_egitimi/3eef8efe-9fbc-4e66-bc05-15262a6ec747).
14. Savaş H, Ebelerin hukuki sorumluluğu Ankara barosu 3. Sağlık hukuku kurultayı 7-8 mayıs 2010. Ankara barosu yayınları, Ankara, s.485-90.
15. Türk Ceza Kanunu. Kanun Numarası: 5237, Kabul Tarihi: 26.09.2004, Yayınlandığı Resmi Gazete Tarihi: 12.10.2004, Yayınlandığı Resmi Gazete Sayısı: 25611. Erişim tarihi: 15.03.2017, <http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/mevzuat/5237.htm>.
16. Hammer R. Caring İn Forensic Nursing: Expanding The Holistic Model, Journal Of Psychosocial Nursing & Mental Health Services. Academic Research Library. 2000.p.18-20.
17. Arabacı L, Karadağlı A. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçek geliştirme. Sağlık ve Toplum 2006; 16(2):101-112.
18. World Health Organisation (WHO). Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: WHO; 2003. Erişim tarihi: 18.03.2017, [www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/med\\_leg\\_guidelines/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/).
19. Çifçi Ö. Yaşadıkları şiddet nedeniyle sığınma evlerine başvuran kadınların umutsuzluk, depresyon ve üreme sağlığı durumlarının değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, 2007.
20. Yayla D. Hekim ve hemşirelerin kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgi, tutum ve davranış düzeyleri [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2009.
21. Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadele ulusal eylem planı 2007-2010. Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadele projesi. Erişim tarihi: 18.03.2017, [http://kadininstatusu.aile.gov.tr/data/54296cb3369dc32358ee2c51/Kad%C4%B1na%20Y%C3%B6nelik%20Aile%20C4%B0%C3%A7i%20C5%9Eiddet%20Ulusal%20Eylem%20Plan%C4%B1%20\(2012\\_2015\).pdf](http://kadininstatusu.aile.gov.tr/data/54296cb3369dc32358ee2c51/Kad%C4%B1na%20Y%C3%B6nelik%20Aile%20C4%B0%C3%A7i%20C5%9Eiddet%20Ulusal%20Eylem%20Plan%C4%B1%20(2012_2015).pdf).
22. Gill M, Loraine B, Alison H, Susan B. Midwives’ perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence. BJOG 2003 110:744 –752.
23. Peckover S. Domestic abuse and women's health: the challenge for primary care. Primary Health Care Research & Development 2002 3(3):151-158.
24. Recent rape sexual assault national guidelines on referral and forensic clinical examination in Ireland (National SATU Guidelines Development Group 2010). Support Nurse/Midwife Role. Erişim tarihi: 18.03.2017, <http://www.garda.ie/Documents/User/recent%20rape%20sexual%20assault%20national%20guidelines%20on%20referral%20and%20forensic%20clinical%20examination%202010.pdf>
25. Hancı H. Adli hemşirelik. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi 2003 1:51.
26. Lynch VA. Forensic nursing science: global strategies in health and justice. Egyptian Journal of Forensic Sciences 2011(1):69-76.
27. Pınar R, Bahar MT. Acil servis hizmetleri ve adli hemşirelik. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi 2011(3):45-54.
28. Tecavüz Kriz Merkezleri. Erişim tarihi: 18.03.2017, <http://www.stgm.org.tr/tr/icerik/detay/tecavuz-kriz-merkezleri>.
29. Özden D, Yıldırım N. Adli vakaya hemşirelerin yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009(16):73-81.

30. Hancı H. Adli Tıp ve Adli Bilimler. 1. Baskı. Ankara. Seçkin Yayınevi; 2002. p.632.
31. Yost B, Stevens, S. Cracking The Case: Your Role in Forensic Nursing. Erişim tarihi:18.03.2017, [http://npic.orst.edu/RMPP/rmpp\\_main2a.pdf](http://npic.orst.edu/RMPP/rmpp_main2a.pdf).
32. Abdool N. N. T, Brysiewicz, P. A description of the forensic nursing role in emergency departments in urban. South Africa Journal of Emergency Nursing 2009 (35):1.
33. Eşiyok B, Yelken N, Hancı H. Adli hemşirelik ve Türkiye'deki durumu. Adli Psikiyatri Dergisi 2004 1(3):5-10.
34. Sunmaz D, Başbakkal Z, Bolşık B. Adli hemşirenin çalışma alanları, Adli Bilimler Dergisi (Turkish Journal of Forensic Sciences) 2008 7 (3):42-47.
35. Charman L. Miller, Camille Leadingham, James R. McKean, Charlotte McManus. Forensic Nursing: An Emerging Competency for Contemporary Practice. Teaching and Learning in Nursing 2010 5(3):98-103.

## Gebelikte Maruz Kalınan İyonize Radyasyon Ionizing Radiation Exposure During Pregnancy

Çiğdem BİLGE<sup>a</sup> İlkay GÜNGÖR<sup>b</sup>

**ÖZET** Hayatımızdaki değerli varlıklar olan çocukların prenatal, natal ve postnatal dönemi sağlıklı bir şekilde sürdürmesi gelecek nesiller açısından önemlidir. Günümüzde prenatal dönemde fetüsün geçirdiği birçok aşama bilinmekle birlikte bu dönemi etkileyen dış faktörler hala araştırma konusu olmaktadır. Bu araştırma konularından bir tanesi de intrauterin dönemde maruz kalınan radyasyondur. Gelişen teknolojiler ile fetüsün radyasyona maruz kalma riski de artmıştır. Bu durumda birey ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacı olan hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu derlemenin amacı gebelik döneminde maruz kalınan radyasyonun fetüse olabilecek zararları konusunda farkındalık yaratmak ve sağlık profesyonellerine bu konuda rehber olmaktır.

**Anahtar kelimeler:** iyonize radyasyon, gebelik, fetal anomali

**ABSTRACT** It is important for children who are precious assets in our lives to maintain the prenatal, natal and postnatal period in a healthy way for future generations. Many stages of the fetus during the prenatal period are known and external factors affecting this period are still the subject of research. One of these research subjects is radiation exposed during the intrauterine period. With the developing technologies, the risk of exposure to fetal radiation has also increased. In this case, the nurses who are aiming to protect and develop the health of the individual and the society have great responsibilities. This compilation is intended to raise awareness of the possible damage to the fetus of radiation exposed during the intended pregnancy and to guide health professionals to this issue.

**Key words:** Ionized radiation, pregnancy, fetal anomaly

### Giriş:

Bu derlemenin amacı gebelik döneminde maruz kalınan radyasyonun fetüse olabilecek zararları konusunda farkındalık yaratmak ve sağlık profesyonellerine bu konuda rehber olmaktır. Radyasyon, parçacık veya dalgalar halinde hareket eden enerjidir. İyonize ve İyonize olmayan şekilde iki türü vardır. İyonize olmayan radyasyon görünür ışık, mikrodalgalar ve radyo dalgaları gibi örnekleri olan, daha düşük enerji seviyelerine sahiptir. İyonize radyasyon ise, DNA (Deoksiribo Nükleik asit)'ya zarar verebilir ve yüksek dozlarda sağlık üzerine olumsuz etkilere neden olabilir. İyonize radyasyon olan X ışınları karşılaştıkları maddelere elektron kaybettiren bir özelliğe sahiptirler ve genellikle tanı amacıyla kullanılırlar. Bu ışınlar hücre bölünmesi ve genetik yapıda değişikliğe neden olurlar. Ayrıca en fazla hızlı bölünen hücreleri etkilerler. Bu nedenle iyonize radyasyona maruz kalan gelişmekte olan fetüsün ve fetüse ait dokular

risk altındadır.<sup>1</sup> Sağlık profesyonelleri, kadının gebe ya da muhtemel gebe olması durumunda hastalıkları tanılamada tamamlayıcı tanılama sistemlerinden olan radyasyonu kullanma konusunda hep ikilemde kalmışlardır.<sup>2</sup> Buna rağmen fetüsün X ışınlarına maruz kalması oldukça yaygın karşılaşılan bir durumdur. Fakat fetüs üzerine olabilecek zararlı etkileri konusunda dikkatli olmak gerekir.<sup>3</sup> Bu yöntemle yapılacak bir tanılama işleminden önce olası riskler aileye anlatılmalı ve fetüsü korumaya yönelik kararlar verilmelidir.<sup>1</sup>

Röntgen, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) ve nükleer tedaviler toplumda en sık kullanılan tanı ve tedavi yöntemleridir. Gebe ya da muhtemel gebe olan kadınlar gebelik sürecinde bu yöntemlerden biri ile karşılaşmış olabilir. Bu yöntemlerin gebelik sürecinde kullanılması tartışmalı bir durumdur. Fakat bazen bu yöntemlerin gebelikte

Geliş Tarihi/Received: 31-05-2017 / Kabul Tarihi/Accepted:19-09-2017

<sup>a</sup> Arş. Gör. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Abidei- Hürriyet Cad. 34381, Şişli/ İstanbul, Tel: 0212 440 00 00/27076; [ORCID ID: 0000-0002-8120-6216](https://orcid.org/0000-0002-8120-6216)

<sup>b</sup> Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Abidei- Hürriyet Cad. 34381, Şişli/ İstanbul, Tel: 0212 440 00 00/ 27088; [ORCID ID: 0000-0002-9446-6148](https://orcid.org/0000-0002-9446-6148)

**Sorumlu yazar /Correspondence.** Çiğdem Bilge, E-mail: [cigdemaydinbilge@gmail.com](mailto:cigdemaydinbilge@gmail.com)

kullanılmaması da kadının sağlığını olumsuz etkileyebilir.<sup>4</sup>

Gebe kadının medikal tedavi ihtiyacı varsa ve tedaviyi risklerine rağmen kabul ediyorsa fetüs için enerji miktarının dikkate alınmasının yanında foton miktarının da önemsendiği tanısal bir prosedür uygulanmalıdır.<sup>5</sup> Eğer ışınlama uterusun dışında bir alana yapılacak ise fetüs saçılan radyasyondan az etkilenir. Yani fetüs, anterior pozisyonda çekilen röntgende radyasyondan posterior pozisyonda çekilene göre daha fazla etkilenir. Fetüsün en fazla doza maruz kaldığı durum, hasta için çok fazla yarar sağlayan batin bilgisayarlı tomografi çekimidir. Bilgisayarlı tomografi çekiminin dozu gebelik haftası, fetüsün derinliği ve çekim alanının uterusu mesafesi ile ilgilidir.<sup>6</sup> İntrauterin yaşa bağımlı radyasyon dozunun etkileri tablo 1’de gösterilmiştir.<sup>1,7</sup>

Tablo 1. İntrauterin yaşa bağımlı radyasyon dozunun etkileri

Gestasyon haftası	Etkiler	Radyasyon dozu
İmplantasyon öncesi (0-2 hafta)	Embriyo ya ölür ya da etkilenmez	50-100 mGy
Organogenez (2-8 hafta)	Konjenital anomaliler	200 mGy
	Gelişme geriliği	200-250 mGy
Fetal dönem (8-15 hafta)	Mental retardasyon (yüksek risk)	60-310 mGy
	Mikrosefali	200 mGy
16-25 hafta	Mental retardasyon (düşük risk)	250-280 mGy

Birleşmiş Milletler Bilimsel Komitesi ve Ulusal Radyolojik Koruma Kurulu'na göre, gebelikte maruz kalınan radyasyonun ciddi riskleri mental gerilik ve çocukluk kanserini içerir. Literatüre incelendiğinde ise radyasyona maruz kalma miktarını doğrudan inceleyen çalışma sayısı sınırlıdır. Chandra ve ark.'nın 2013 yılında yaptıkları çok merkezli çalışma sonucuna göre, gebelikte radyasyon kullanımında uygun önlemler alındığı sürece, fetüs üzerindeki riskin minimum veya hiç olmadığını belirtmişlerdir.<sup>14</sup> Buna karşın, Aspolm ve ark.'nın 1999 yılında yaptıkları çalışmada ise uzun uçuşlarda, radyasyona maruz kalan uçuş görevlileri arasında abortus riskinin arttığı ifade edilmiştir.<sup>15</sup> Bunun yanında Osei ve ark, (1999) alt karın ve pelvisin radyolojik incelemelerine tabi tutulan, gestasyon haftası 2-24 hafta arasında değişen 50 gebede, radyasyon etkisini değerlendiren bir retrospektif bir çalışma yapmıştır. 10 yıl süren çalışma sonucuna göre, kadınlarda radyasyon dozunun 0.01 mGy ile 117 mGy arasında değiştiği ve fetüslerin mental retardasyon risklerinin artmış olduğu

### İyonize radyasyonun fetüs üzerindeki etkileri

Gebelikte radyasyon kullanımında radyasyonun fetüse etkileri belirleyici ve olasılıklı olarak iki şekilde incelenir. Belirleyici etkinin şiddeti, klinik açıdan önemsiz olan eşik dozunun altında bulunan radyasyon dozu ile artar. Bunun yanında fetüs üzerinde etki göstermesi için radyasyon dozunun eşik değerine ulaşması gereklidir. Bu eşik dozundan sonra fetüs üzerindeki etki artmaya başlar.<sup>8,9</sup> Olasılıklı etki ise radyasyon dozuna bağlı olarak artmaz. Eşik doz değerinden de etkilenmez.<sup>9,10</sup>

Radyasyonun fetüs üzerindeki etkileri, gebeliğin haftasına, radyasyon dozuna ve fetal hücresel yenilenme mekanizmasına bağlıdır.<sup>11,12</sup> Bunun yanında demografik özellikler, kronik hastalıklar veya genetik özellikler gibi tıbbi özgeçmiş de etkileyebilir.<sup>13</sup>

belirtilmiştir.<sup>16</sup> Ayrıca gebelikte maruz kalınan iyonize radyasyon üzerine 40 yıl süren araştırma yapan Doll and Wakeford, 10 mGy radyasyon dozunun bile çocukluk kanseri nedeni olduğunu söylemişlerdir.<sup>17</sup>

Radyasyonun fetüs üzerindeki etkileri;

1. Gebelik kaybı
2. Konjenital malformasyonlar
3. Nörodavranışsal anomaliler
4. Fetal gelişme geriliği
5. Karsinogenezis olarak sınıflandırılabilir.<sup>18,19</sup>

**1. Gebelik Kaybı:** Bütün ilk trimester gebelikler için abortus riski %15'tir. Döllenmeden implantasyon ve organogenezis aşamasına kadar fetal hücreler her türlü değişikliğe hassastırlar. Bu nedenle bu dönemde iyonize radyasyon malfarmasyonlara neden olabilir.<sup>10,11,20</sup> Eğer embriyo döllenmeden sonra ilk 2 hafta 100 mGy ve üzeri radyasyon dozuna maruz kalırsa gebelik spontan abortus ile sonuçlanır.<sup>9,21,22</sup> Bunun yanında 4-8 haftalık gebeliklerde, spontan abortus için doz değeri 150 mGy ve üzeri olması

gerekir. 26 hafta sonrasında fetal ölüm ya da yenidoğan mortalite riski radyasyon dozu arttıkça artar.<sup>13,22</sup> Buna karşın 50 mGy ve altı radyasyon dozu fetal kayıp ya da abortusa neden olmaz. Gebelik kaybı için radyasyon dozunun 100 mGy ve üzeri olarak kabul edilir.<sup>23,24</sup>

**2. Konjenital Malfarmasyonlar:** Radyasyona maruz kalan her gebelikte konjenital malformasyon görülme oranı %3'tür.<sup>20,25</sup> Fetal hücrelerin en hassas dönemi olan organogenezis aşamasında fetüsün 100 mGy ve üzerinde radyasyon dozuna maruz kalması malformasyonlara neden olabilir.<sup>10,24,25</sup> Her ne kadar literatürde konjenital malfarmosyanlar için radyasyon dozunun 150 mGy ve üzeri olması kabul edilse de radyasyonun 100 mGy ve üzeri olması konjenital anomali riskini %10 artırmaktadır.<sup>26</sup> Ayrıca bazı çalışmalarda, tanılayıcı x ışını, bilgisayarlı tomografi ve nükleer tedavi prosedürlerinin malfarmosyonlara neden olmayabileceği belirtilmektedir.<sup>11,22</sup>

**3. Nörodavranışsal anomaliler:** Radyasyona maruz kalan tüm gebeliklerde nörodavranışsal anomali görülme riski %1-6 arasındadır.<sup>2,25,27</sup> Mental retardasyon ve mikrosefali açısından en hassas dönem gebeliğin 8-15. haftası arasındadır. Ayrıca 16-25. haftada santral sinir sistemi radyasyona karşı daha az duyarlı olmasına rağmen gebeliğin 20. haftasından sonra mental retardasyon ve mikrosefali riski yine de yüksektir. Fakat gebeliğin 25. haftasından sonra radyasyona karşı tam direnç sağlanır. İyonize radyasyona bağlı mental retardasyon gelişmesi için radyasyon dozunun 100-250 mGy arası olmalıdır.<sup>2,22,28,29</sup>

**4. Fetal Gelişme Geriliği:** Radyasyona maruz kalan gebelerde fetal gelişme geriliği görülme riski %4'tür. Bu tür gelişme geriliği genellikle döllenenmeden 14 gün sonraki dönemle başlar ve ilk trimester boyunca risk devam eder.<sup>2,18,22,25</sup> Gebeliğin 20. haftasından sonra radyasyona maruz kalınması gelişme geriliği riskini artırır. Bazı çalışmalarda 100-250 mGy arasında,<sup>21,23</sup> bazı çalışmalarda ise 500 mGy ve üzerinde<sup>20,30</sup> radyasyon dozuna maruz kalındığında gelişme geriliğinden söz edildiği belirtilmiştir. Bu tür gelişme geriliği genellikle kalıcı değildir.<sup>30</sup>

**5. Karsinogenezis:** Gebeliğin herhangi bir döneminde radyasyona maruz kalmak fetüste tüm kanserlerin riskini artırır. Bu risk gebeliğin periyoduna ya da radyasyon dozuna bağlı

değildir.<sup>25,30,31</sup> Doğumdan sonra veya intrauterin yaşamda kanser riski 50 mGy radyasyon dozunda % 0,3 (% 0.2-0.8)'tür ve her 10 mGy dozunda % 0.06 artmaktadır.<sup>8,28</sup> Bunun yanında bazı kaynaklarda ise intrauterin yaşamda alınan radyasyon dozunun 100 mGy ve üzerinde olması çocukta kanser riskini % 0.1 artırmakta ayrıca bu doz son trimesterde alınırsa çocukta doğumdan sonra gelişebilecek lösemi riskini % 40 artırmakta olduğu belirtilmiştir.<sup>9,13</sup> Buna benzer olarak literatürde çocukluk döneminde gelişen lösemnin bir nedeninin de intrauterin yaşamda alınan radyasyon olduğu belirtilmiştir.<sup>13,25,32</sup> Ayrıca bazı araştırmalar intrauterin yaşamda alınan radyasyonun lösemi riskini arttırdığını belirtsele de<sup>5,25</sup> bazıları bu sonuç için yeterli kanıt olmadığını ifade etmişlerdir.<sup>33</sup>

### Radyasyona maruz kalan çalışan gebeler

Uluslararası Radyolojik Koruma Komisyonu (ICRP), gebe çalışanların mesleki radyasyon maruziyeti ile ilgili olarak, doğmamış çocukların da toplumun bir üyesi olduğunu ve onların da insan hakları olduğunu belirtmiştir.<sup>34</sup> Tüm kurumların, gebe çalışanları ile ilgili, radyasyon güvenlik standart çalışma prosedürlerinin olması gerekmektedir. Kadın gebe kalmadan hemen önce ya da gebe kaldıktan sonra işyerinden radyasyon dozunu izlemek için ek bir dozimetre talep edebilir. Bu ek dozimetre batının altına fetüsün maruz kaldığı radyasyon dozunu belirlemek için fetüse yakın yere sabitlenir. Gebe çalışan işlem süresince masadan hatta çalışma holünden 6 adım uzaklaşmalıdır. Çünkü radyasyon kaynağı ile gebe arasındaki mesafe 2 katına çıkarsa radyasyon maruziyeti 4 kat azalır. Eğer çalışan gebe işlem masasından uzaklaşmıyorsa radyasyon kaynağı ile kendisi arasına hareketli kurşun levhalardan koymalıdır. Ayrıca çalışan gebe giyilen kurşun önlüklerin koruma derecesinin farkında olmalıdır. Buna yönelik olarak, örneğin yanlardan ya da arka tarafından maruz kalacağı radyasyon dozunu düşürmek için vücudunu tam saran kurşun önlükler giymesi gibi ek bir radyasyondan korunma yöntemi kullanılmalıdır.<sup>35</sup>

### Hemşirelik bakımı

Hemşireler sahip oldukları bilgi ve becerileri ile korkuyu en aza indirmede liderlik rolünü üstlenmelidirler. Radyasyona maruz kalan gebe kadınlarda hemşirelik bakımı için radyasyon ve radyasyon terminolojisinin anlaşılması gerekir. Doğum öncesi radyasyona maruz kalmanın sağlık üzerine etkileri, değerlendirilmesi ve

tedavisi çok önemlidir. Gebeler radyasyon güvenliği konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilmelidir. Radyasyona maruz kalan gebeye radyoaktif madde atılımını artırmak için yeterli miktarda su içmesi ve radyasyon maruziyetini azaltmak için sık tuvalete gitmesi gerektiği anlatılmalıdır. Hemşireler radyasyona maruz kalmış gebe kadınları ve bebekleri değerlendirmeye ve tedavi etmeye hazır olmalı, radyasyonun sağlığa ilişkin sonuçlarını bilmeli, gebe kadınlara ve bebeklere radyasyona maruz kalmanın etkilerini hafifletmeye yardımcı olmak için doğum öncesi radyasyona maruz kalmanın sağlık üzerine etkileri, değerlendirme ve gebe kadınlar ile bebeklerin tedavisi hakkında doğru, kapsamlı bilgi ve eğitim vermelidir.<sup>36</sup>

### **Sonuç olarak;**

Teknolojinin ilerlemesi ve tanılama yöntemlerine ulaşımın kolaylığından mevcut durumundan habersiz gebe kadınların radyasyona maruz kalması gün geçtikçe artmaktadır. Fetüse radyasyonun etkileri hala tartışmalı bir konudur. Eğer bu tanılama yöntemleri gebe kadına uygulanacaksa, anne ve doğmamış çocuğunun refah dengesi sağlanmalı, riskleri ve yararları iyi saptanmalıdır.<sup>5,30</sup>

Gebelik kaybı, konjenital anomaliler gibi bazı sonuçlar gebelikte maruz kalınan radyasyon ışının sonucu olabilir.<sup>9,24,25</sup> Özellikle radyasyona maruz kalınmaması gereken kritik gebelik dönemi gebeliğin 8.-15. haftasıdır. Ayrıca gebelik döneminde radyasyon ışını almak lösemi gibi çocukluk çağı kanser riskini de artırmaktadır.<sup>33</sup>

Hemşireler güçlü hasta savunucularıdır. Onların ihtiyacı tanılama yöntemlerinin değişen bakım standartlarına karşı kendilerini sürekli güncel tutmaktır. Radyasyonun fetüste gelişebilecek komplikasyonları hakkında bilgi sahibi olmalı ve danışman rolleriyle gebe kadınları da bu yönde eğitmelidirler.

### **Kaynaklar**

1. Altıntaş ÖL, Aydın Z, Köroğlu M, Yeşildağ A. Gebelik ve tanısal radyasyon. SDÜ Tıp Fak Derg 2012; 19(1):33-36.
2. Wang PI, Chong ST, Kiehl AZ, Kelly AM, Knoepf UD, Mazza MB et al. Imaging of pregnant and lactating patients: part 1, evidence-based review and recommendations. Am J Roentgenol 2012; 198 (4):778-784.
3. Goodman TR, Amurao M. Medical imaging radiation safety for the female patient:

- rationale and implementation. Radiographics 2012; 32 (6):1829-1837.
4. Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy and lactation, ACOG Committee Opinion. AJOG 2016; 656:1-6.
5. Lockwood D, Einstein D, Davros W. Diagnostic imaging: radiation dose and patients' concerns. Journal of Radiology Nursing 2007; 26 (4):121-124.
6. Chatterson LC, Leswick DA, Fladeland DA, Hunt MM, Webster ST. Lead versus bismuth-antimony shield for fetal dose reduction at different gestational ages at CT pulmonary angiography. Radiology 2011; 260(2):560-567.
7. Wagner LK, Lester RG, Saldana LR. Exposure of the pregnant patient to diagnostic radiations: a guide to medical management. 2nd ed. Madison, Wis: Medical Physics, 1997.
8. Ratnapalan S, Bentur Y, Doren G. Doctor, will that x-ray harm my unborn child?. CMAJ 2008; 179(12):1293-1296.
9. Dauer LT, Thornton RH, Miller DL, Damilakis J, Dixon RG, Marx MV et al. Radiation management for interventions using fluoroscopic or computed tomographic guidance during pregnancy: a joint guideline of the Society of Interventional Radiology and the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe with Endorsement by the Canadian Interventional Radiology Association. J Vasc Interv Radiol 2012; 23(1):19-32.
10. Sadro CT, Dubinsky TJ. CT in pregnancy: Risks and benefits. Applied Radiology 2013; 42(10):6-16.
11. Williams PM, Fletcher S. Health effects of prenatal radiation exposure. Am Fam Physician 2010; 82(5):488-493.
12. Pearl J, Price R, Richardson W, Fanelli R. Guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy for surgical problems during pregnancy. Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques 2011; 25(11):3479-3492.
13. Goldberg-Stein SA, Liu B, Hahn PF, SI L. Radiation dose management: part 2, estimating fetal radiation risk from CT during pregnancy. Am J Roentgenol 2012 198(4):352-356 doi: 10.1007/s00464-011-1927-3.
14. Chandra V, Dorsey C, Reed AB, Shaw P, Banghart D, Zhou W. Monitoring of fetal radiation exposure during pregnancy. J

- Vasc Surg 2013; 58(3):710-714. doi: 10.1016/j.jvs.2013.01.052.
15. Aspholm R, Lindbohm ML, Paakkulainen H, Taskinen H, Nurminen T, Tiitinen A. Spontaneous abortions among Finnish flight attendants. *JOEM* 1999; 41:486-491.
  16. Osei EK, Faulkner K. Fetal doses from radiological examinations. *Br J Radiol* 1999; 72:773-780.
  17. Shaw P, Duncan A, Vouyouka A, Ozsvath K. Radiation exposure and pregnancy. *J Vasc Surg* 2011; 53(1):28-34. doi: 10.1016/j.jvs.2010.05.140.
  18. Nguyen CP, Goodman LH. Fetal risk in diagnostic radiology. *Semin Ultrasound CT MR* 2012; 33(1):4-10 doi: 10.1053/j.sult.2011.09.003.
  19. Hall EJ Radiation biology for pediatric radiologists. *Pediatr Radiol* 39 Suppl 2009; 1:57-64 doi: 10.1007/s00247-008-1027-2.
  20. Brent RL. Saving lives and changing family histories: appropriate counseling of pregnant women and men and women of reproductive age, concerning the risk of diagnostic radiation exposures during and before pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200(1):4-24.
  21. Samara ET, Stratakis J, Enele JM, Mouzas IA, Perisinakis K, Damilakis J. Therapeutic ERCP and pregnancy: is the radiation risk for the conceptus trivial? *Gastrointest Endosc* 2009; 69(4):824-831.
  22. Baysinger CL. Imaging during pregnancy. *Anesth Analg* 2010; 110(3):863-867.
  23. Baron TH, Schueler BA. Pregnancy and radiation exposure during therapeutic ERCP: time to put the baby to bed? *Gastrointest Endosc* 2009; 69(4):832-834.
  24. Choi JS, Han JY, Ahn HK, Ryu HM, Kim MY, Chung JH et al. Foetal and neonatal outcomes in first-trimester pregnant women exposed to abdominal or lumbar radiodiagnostic procedures without administration of radionucleotides. *Intern Med J* 2013; 43(5):513-518 doi: 10.1111/imj.12043.
  25. Shetty MK. Abdominal computed tomography during pregnancy: a review of indications and fetal radiation exposure issues. *Semin Ultrasound CT MR* 2010; 31(1):3-7 doi: 10.1053/j.sult.2009.09.001.
  26. Masselli G, Derme M, Laghi F, Poletti E, Brunelli E, Framarino ML et al. Imaging of stone disease in pregnancy. *Abdom Imaging* 2013; 38(6):1409-1414.
  27. Cogley JR, Ghobrial PM. Pulmonary embolism evaluation in the pregnant patient: a review of current imaging approaches. *Semin Ultrasound CT MR* 2012; 33(1):11-17.
  28. Ray JG, Schull MJ, Urquia ML, You JJ, Guttmann A, Vermeulen MJ. Major radiodiagnostic imaging in pregnancy and the risk of childhood malignancy: a population-based cohort study in Ontario. *PLoS Med* 2010; 7(9):1-9.
  29. Bural GG, Laymon CM, Mountz JM. Nuclear imaging of a pregnant patient: should we perform nuclear medicine procedures during pregnancy? *Mol Imaging Radionucl Ther* 2012; 21(1):1-5.
  30. Rajaraman P, Simpson J, Neta G, Gonzales AB, Ansell P, Linet MS et al. Early life exposure to diagnostic radiation and ultrasound scans and risk of childhood cancer: case-control study. *BMJ* 2011; 10:342:d472. doi: 10.1136/bmj.d472.
  31. Duran-Mendicuti A, Sodickson A. Imaging evaluation of the pregnant patient with suspected pulmonary embolism. *Int J Obstet Anesth* 2011; 20(1):51-59.
  32. Moradi M. Pulmonary thromboembolism in pregnancy: Diagnostic imaging and related consideration. *J Res Med Sci* 2013; 18(3):255-259.
  33. Bailey HD, Armstrong BK, Klerk NH. Exposure to diagnostic radiological procedures and the risk of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19(11):2897-2909.
  34. Valentin J, editor. *Annals of the ICRP, Publication 84: pregnancy and medical radiation. International Commission on Radiological Protection. Vol 30, No. 1. Tarrytown, NY: Pergamon, Elsevier Science, Inc; 2000.*
  35. Groen RS, Bae JY, Lim KJ. Fear of the unknown: ionizing radiation exposure during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206(6):456-462. doi: 10.1016/j.ajog.2011.12.001.
  36. Labant A, Silva C. Radiation exposure and pregnancy. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2014; 39(6):345-350. doi: 10.1097/NMC.0000000000000084.