

HSP

Journal of Health Sciences and Professions

Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi

CİLT 5 SAYI 1 YIL 2018



İÇİNDEKİLER

Hakem Kurulu	i
Yazarlara Bilgi	ii
ARAŞTIRMA YAZILARI	
Fizyoterapistlerin Çalışma Ortamı ve Koşulları İle Mesleki Memnuniyetlerinin İncelenmesi / <i>The Investigation of Work Environment, Working Conditions and Job Satisfaction among Physiotherapists</i> Yıldız Analay AKBABA, Ezgi TÜRKMEN, Tansu BİRİNCİ.....	1-5
Kadınların Maternal Bağlanma Algısının Annelik Rolü İle İlişkisi / <i>The Relationship Between Maternal Attachment Perception of Women's Maternal Role</i> Zümrüt BİLGİN Şule ECEVİT ALPAR.....	6-15
Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi / <i>Investigation of the Effect of Obesity and Obesity on Life Quality in Pregnancy Following Family Health Center</i> Rukiye DOĞAN, Fatma deniz SAYINER, Hüseyin Meta TANIR.....	16-23
The Moral Sensibility of Nursing Students / <i>Hemşirelik Öğrencilerinin Ahlaki Duyarlılıklarının İncelenmesi</i> Türkan KARACA.....	24-30
Gebelikte Sigara Kullanımının Yenidoğan Sağlığı ve Plasenta Ağırlığı Üzerine Etkilerinin İncelenmesi / <i>Research on the Effects of Smoking on Neonate Health and Placenta Weight during Pregnancy</i> Sevil GÜNAYDIN, Melike DİŞSİZ, Dilek YILDIRIM.....	31-38
Investigation of the Relationship between Handgrip Strength and Cough Strength in Healthy Individuals / <i>Sağlıklı Kişilerde Kavrama Kuvveti ile Öksürme Kuvveti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi</i> Burçin AKTAR, Seher ÖZYÜREK.....	39-43
Kamu Üniversitesi Çalışanlarında Aktif ve Pasif Sigara İçicilik Durumu, Bağımlılık Düzeyi ve Değişim Aşamaları / <i>Status of Active and Passive Smoking, Addiction Level and Stages Of Change at a Public University Employees</i> Nazan GÜRARSLAN BAŞ, Gülnaz KARATAY.....	44-50
Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel Yenilikçilik Davranışları ile Otonomi Düzeyleri Arasındaki İlişki / <i>The Relationship between Nursing Students' Individual Innovative Behaviors and Autonomy Levels</i> Merve TARHAN, Pınar DOĞAN.....	51-58
Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş Güvenliği / <i>Occupational Safety of Nurses Working at the Hospital</i> Gülnur AKKAYA, Selma ATAY.....	59-64
İntörnlerin Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Risklerin Değerlendirilmesi / <i>Assessing the Risks that Interns Meet in the Working Environmen</i> Özlem TERZİ, Yıldız PEKŞEN.....	65-71
Hemşirelerin Bireysel ve Profesyonel Değerlerinde Kuşaklararası Farklılıklar / <i>Personal and Professional Difference between the Generation of Nurses</i> Gülşen IŞIK, Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ, Yasemin TOKEM, Dilan YILMAZ, Aylin İLHAN.....	72-80

DERLEMELER YAZILARI

Sezaryen Öncesi Açlık Süresinde Kanıta Dayalı Yaklaşım / <i>Evidence Based Approach to Preoperative Fasting Time Before Cesarean Section</i> Tuba KIZILKAYA, Asiye GÜL.....	81-86
Nötropenik Diyetle Güncel yaklaşımlar/ <i>Current Approaches to Neutropenic Diet</i> Cansu BEKAR.....	87-94
Akran Zorbalığını Önlemede Hemşirenin Rolü / <i>Role of Nurse in Peer Bullying Prevention</i> Gülümser DOLGUN.....	95-101
Yenidoğan Tarama Testlerinde Örnek Alınması ve Gönderilmesinde Hemşirelerin Sorumluluklar / <i>Taking Samples and Sending in Newborn Screening Tests and Responsibilities of Nurses</i> Leyla ERDİM, Sevil İNAL.....	102-106
Şizofreni Hastalığında Umut Kavramı / <i>The Concept of Hope in Schizophrenia Disease</i> Özlem ŞAHİN ALTUN, Zeynep OLCUN.....	107-112
Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıta Dayalı Ebelik Uygulamaları / <i>Evidence-Based Midwifery Practices to Reduce Cesarean Rat</i> Yasemin BAŞKAYA, Fatma Deniz SAYINER.....	113-119

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 Söyük

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 Dinç
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 Dinç
Dr. İpek Yeldan
Dr. Işıl Işık Andsoy
Dr. İsmet Galip Yolcuoğlu
Dr. Leyla Erdim
Dr. Leyla Küçük
Dr. Mehmet Top
Dr. Mehmet Yazıcı
Dr. Mehveş Tarım
Dr. 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 Söyük
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 (HSP) İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından çift kör hakemlik ilkeleri doğrultusunda yayınlanan açık erişimli bilimsel bir yayıncıdır.

Derginin editöryel ve yayıncı süreçleri International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), Committee on Publication Ethics (COPE) organizasyonlarının kılavuzlarına uygun olarak biçimlendirilmiştir.

Dergi ŞUBAT, HAZİRAN ve EYLÜL aylarında olmak üzere yılda 3 sayı yayıncıdır. Türkçe ve İngilizce dillerinde yayıncı kabul edilir. Daha önce başka bir yerde yayıncılanmamış ve başka bir derginin hakem değerlendirmesinde olmayan, Dergi Yazı Kurulu (Editorial Board) ve Yayın Danışma (Hakem) Kurulu tarafından değerlendirilerek yayıncılanmaya uygun bulunan yazılar basılır. Basılması uygun görülmeyen yazılar geri iade edilmez. Yayıncılanan yazı ve resimlerin tüm hakları dergiye aittir. Dergiden alıntı yapıldığı takdirde dergi kaynak olarak belirtilmelidir.

Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi'ne gönderilen tüm makaleler çift-kör hakem değerlendirme sürecinden geçmektedir. Tarafsız değerlendirme sürecini sağlamak için her makale alanlarında uzman en az iki dış-bağımsız hakem tarafından değerlendirilir. Dergi Yayın Kurulu üyeleri tarafından gönderilecek makalelerin değerlendirme süreçleri, davet edilecek dış bağımsız editörler tarafından yönetilecektir. Bütün makalelerin karar verme süreçlerinde son karar yetkisi Baş Editör 'dedir.

YAYIN KURALLARI BİLİMSEL SORUMLULUK ETİK SORUMLULUK

Dergi, "İnsan" ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygunluk (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) ilkesini kabul eder. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEM bölümünde bu prensiplere uygun olarak etik kurul izni (sayı-numara) 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) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını

koruduklarını ve etik kuruldan onay aldıklarını belirtmek zorundadır. Olgularında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan “Bilgilendirilmiş Olur” (informed consent) alınmalıdır. Eğer makalede doğrudan-dolaylı 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.

SAGLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ Dergisi’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 HSP dergisinde 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. Makalelerin bilimsel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

Tüm yazarların gönderilen makalede akademik-bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır. Yazar katkıları hakkındaki bilgi makale başlık sayfası ile birlikte yüklenmelidir. Makale gönderme sisteminde başlık sayfasının içinde yer almaktadır. Yazar olarak belirlenen isimler makaledeki çalışmayı planlamalı veya yapmalı, makaleyi yazmalı veya revize etmeli ve son halini kabul etmelidir.

BİYOİSTATİSTİKSEL 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 YÖNÜNDE 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 adresi esas alınmalıdır. İngilizce makaleler ve İngilizce özetler, dergiye gönderilmeden önce dil uzmanı tarafından değerlendirilmeli, uzman onayı editöre sunum sayfasında özellikle belirtilmelidir. Makaleyi, İngilizce yönünden değerlendiren, yazarlardan biri değil ise bu kişinin ismi makalenin sonunda bulunan TEŞEKKÜR (Acknowledgement) bölümünde belirtilebilir.

YAYIN HAKKI

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

YAZI ÇEŞİTLERİ

ORJİNAL ARAŞTIRMA: Kliniklerde yapılan prospektif-retrospektif ve her türlü deneysel çalışmalarını kapsar. Sayfa sayısı kaynaklar dışında en fazla 12 olmalıdır.

1. Başlık sayfası: Makaleden ayrı gönderilmeli. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe başlığı, yazarların adı, soyadı, unvanları, ORCID numaraları ve iletişim bilgilerini içermelidir. Ana metinden ayrı ek dosya olarak sisteme yüklenmelidir. Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise yazının başlık sayfasında belirtilmeli ve başlık sayfasında toplantı adı, yer ve tarihi açıklanmalıdır. Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden oluşmuş ise başlık sayfasında belirtilmeli ve başlık sayfasında Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.
2. Çalışma (1)Türkçe İngilizce başlık, (2)Türkçe ve İngilizce özet, (3) ana makale metni şeklinde sisteme yüklenmeli. Çalışmanın ana metni içinde yazarların kimlik bilgisini, belirten herhangi bir ifade olmamalıdır. Ana Başlıklar 11 punto (Times New Roman) ,

Özet 10 punto (**Times New Roman**) , ana makale metni 11 punto (**Times New Roman**) olmalıdır. Ana ve alt başlıklardan sonra gelen cümle sola yaslanmalı ve paragraf girintisi olmamalı. İlk paragraftan sonra ana metin içinde yer alan bütün paragraf başlarına 1 cm'lik boşluk bırakılmalı. İki paragraf arasında 1.5 cm'den daha fazla boşluk bırakılmamalıdır.

3. Özetler 200-250 kelime, 10 punto (**Times New Roman**) amaç, gereç ve yöntem, bulgular ve sonuç bölümlerini içermelidir. Türkçe ve İngilizce kısaltma kullanılmamalıdır.
4. Anahtar Kelimeler en az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden virgül (,) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.bilimterimleri.com).
5. Giriş
6. Gereç ve Yöntem
7. Bulgular (Tablo sayısı 4’ü aşmamalıdır. Tablolar kaynaklar bölümünün sonuna konulmalıdır)
8. Tartışma
9. Sonuç
10. Teşekkür
11. Kaynaklar (Kaynak numaraları Asılı, 0.5 cm)
12. Tablo, grafik, şekil (Microsoft Word oluşturulmalı, Tablonun ilk sütununa başlık, son sütununa dip notlar yazılmalıdır)

DERLEME

Sağlık Bilimlerini ve Mesleklerini alanında güncel literatürü içine alacak şekilde hazırlanmalı. İnceleme yapılan konular derinlemesine ele alınmalı, okuyuculara anlamlı bilgiler sağlamalıdır. Yazarın konu ile ilgili basılmış yayınlarının olması özellikle tercih nedenidir. Sayfa sayısı kaynaklar dışında en fazla 12 olmalıdır.

1. Başlık sayfası: Makaleden ayrı gönderilmeli. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe başlığı, yazarların adı, soyadı, unvanları, ORCID numaraları ve iletişim bilgilerini içermelidir ve yazı metninden ayrı olarak ek dosya ile sisteme yüklenmelidir. Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise yazının başlık sayfasında belirtilmeli ve başlık sayfasında toplantı adı, yer ve tarihi açıklanmalıdır. Araştırma bilim uzmanlığı ya da

doktora tezinden oluşmuş ise başlık sayfasında belirtilmeli ve başlık sayfasında Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.

2. Sisteme yüklenilecek ana metin (1)Türkçe, İngilizce başlık, (2) Türkçe ve İngilizce özet ve (3) ana metin şeklinde olmalıdır. Ana metin içinde yazarların kimlik bilgisini belirten herhangi bir ifade olmamalıdır. Ana Başlıklar 12 punto (Times New Roman) , özet 10 punto (Times New Roman), ana makale metni 11 punto (Times New Roman) olmalıdır. Ana ve alt başlıklardan sonra gelen cümle sola yaslanmalı ve paragraf girintisi bırakılmamalı. İlk paragraftan sonra ana metin içinde yer alan bütün paragraf başlarına 1 cm'lik boşluk bırakılmalı. İki paragraf arasında 1.5 cm'den daha fazla boşluk bırakılmamalıdır.
3. Özetler 200-250 kelime, 10 punto (Times New Roman) olmalıdır. Türkçe ve İngilizce kısaltma kullanılmamalıdır.
4. Anahtar Kelimeler en az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden virgül (,) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.bilimterimleri.com).
5. Konu ile ilgili ana ve alt başlıklar (metin içinde grafik, tablolar referansların sonuna konulmalıdır)
6. Kaynaklar (11 punto) (Times New Roman) (Kaynak numaraları asılı, 0.5 cm)
7. Tablo, grafik, şekil (Microsoft Word oluşturulmalı, Tablonun ilk sütununa başlık, son sütununa dip notlar yazılmalıdır)

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, ORCID numaraları ve iletişim bilgilerini içermelidir ve yazı metninden ayrı olarak ek dosya ile sisteme yüklenmelidir.
2. Sisteme yüklenilecek ana metin (1)Türkçe, İngilizce başlık, (2) Türkçe ve İngilizce özet ve (3) ana metin şeklinde olmalıdır. Ana metin içinde yazarların kimlik bilgisini belirten herhangi bir ifade olmamalıdır. Ana Başlıklar 12 punto (Times New Roman) , özet 10 punto (Times New Roman) , ana makale metni 11 punto (Times New Roman) olmalıdır. Ana ve alt başlıklardan sonra gelen cümle sola yaslanmalı ve paragraf

girintisi bırakılmamalı. İlk paragraftan sonra ana metin içinde yer alan bütün paragraf başlarına 1 cm'lik boşluk bırakılmalı. İki paragraf arasında 1.5 cm'den daha fazla boşluk bırakılmamalıdır.

3. Özetler 200-250 kelime, 10 punto (**Times New Roman**) olmalıdır. Türkçe ve İngilizce kısaltma kullanılmamalıdır.
4. Anahtar Kelimeler en az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden virgül (,) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)'ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.bilimterimleri.com).
5. Özet (Ortalama 150-200 kelime, 10 punto (**Times New Roman**), yazının içeriğini yansıtmalı, Türkçe ve İngilizce, kısaltma kullanılmamalı)
6. Giriş
7. Olgu Sunumu
8. Tartışma
9. Kaynaklar

EDİTÖRYEL YORUM/TARTIŞMA

Yayımlanan 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.

KAYNAKLAR YAZIMI

Kaynaklar metinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalı ve ana metnin hemen bitiminden sonra yer almalıdır. Dergi adları Index Medicus'a göre kısaltılmış olarak sunulmalıdır. Standart dergide yayınlanmış bir makalede, yazar sayısı 6 ve daha az ise, tüm yazarların adı yazılmalı; yazar sayısı 6'dan çok ise, ilk 6 yazar yazılmalı ve diğerleri "et al." olarak belirtilmelidir.

Endnote kullanacak yazarlar Endnote programı içerisinde bulunan "VANCOUVER" stilini kullanmalıdır.

Vancouver stilinde verilen bir referansta mutlaka olması gereken bilgiler aşağıda belirtilmiştir:

- Yazar(lar) ad(ları),
- Makale adı,
- Dergi adı (Index Medicus'a göre kısaltılmış),
- Basım yılı,
- Dergi volümü ve sayısı,
- Sayfa aralığı (Ör:10-15).

Kaynak yazım kuralları ve örnekleri aşağıdaki gibidir:

- 1- Kaynaklar metinde cümle sonunda parantez içinde Arabik rakamlarla gösterilmelidir. Birden çok kaynağa atıf varsa, kaynaklar arasına virgül konulmalı ve virgülden önce ya da sonra boşluk bırakılmamalıdır.

Örnek

Çalışmalardagörülmektedir (3,11-14).

Bu çalışmadan elde edilen verilere göre göstermiştir (21).

White ve ark. (12) çalışmalarındagöstermiştir.

- 2- 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).

Örnek

Çakır Koçak Y, Öztürk Can H, Yücel U. Academic and physical profile of midwifery department in Turkey. Clin Reh. 2017;4(2):88-97.

- 3- Orijinal basımı Türkçe olan kaynakların başlığı [] içinde ve İngilizce olarak yazılmalıdır. Örnek: Yazar(lar). Türkçe İsim [İngilizce İsim]. Türkçe Dergi İsmi [İngilizce Dergi ismi] yıl;cilt(sayı):sayfa numarası.

Örnek

Çakır Koçak Y, Öztürk Can H, Yücel U. Türkiye’de Ebelik Bölümlerinin Akademik ve Fiziki Profili [Academic and physical profile of midwifery department in Turkey]. HSP, 2017;4(2):88-97.

4- **Kitap**

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.

Örnekler:

Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. Tumors of the Pancreas. 2nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997. p.145-210.

Türkçe kitaplar için

- Eken A. Kozmesötik Etken Maddeler [Cosmeceutical ingredients: drugs to cosmetics products]. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2006. p.1-7.

5- **Kitap bölümü**

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.

Örnekler:

- 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.

- 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.

Yazarı Belirsiz Kitaplar

Örnekler

- The 1995 NEA almanac of higher education. Washington DC: National Education Association;1995.p.150-155.
- Ministry of Health and Social Welfare: Health Statistics Yearbook, Ankara Publications of Ministry of Health, 2010.

6- Web Sitesi

Yazarlı Web Sayfası

Yazar. Yayın başlığı. Yayın yeri (Varsa): Yayın kuruluşu/yayıncı (varsa); Yayınlanma tarihi (Güncelleme tarihi; Erişim tarihi). Erişim adresi

Örnek:

- Atherton J. Behaviour modification 2010 [updated 2010 Feb 10; cited 2010 Apr 10].
- Available from: http://www.learningandteaching.info/learn/behaviour_mod.htm Yayın yeri (Varsa) ng/b

Yazarsız Web

Yazar/organizasyonun adı. Sayfanın başlığı [Internet], Yayının Sayfası tarihi, Güncelleme tarihi. Erişim adresi:

Örnek:

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Yeterli ve Dengeli Beslenme 2014. (Güncelleme tarihi; Erişim tarihi:) Erişim adresi: <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=47>

Yazının Sisteme Yüklenmesi: <http://dergipark.gov.tr/login> sayfasından sisteme kayıt olduktan sonra makalenizi gönderebilirsiniz.

8- On-line yayınlarda DOI kabul edilebilir online referanstır

Örnek:

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: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/DO I:10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024>.

Fizyoterapistlerin Çalışma Ortamı ve Koşulları ile Mesleki Memnuniyetlerinin İncelenmesi

The Investigation of Work Environment, Working Conditions and Job Satisfaction among Physiotherapists

Yıldız Analay AKBABA^a, Ezgi TÜRKMEN^b, Tansu BİRİNCİ^c

ÖZ Amaç: Bu çalışma Türkiye’de istihdam edilen fizyoterapistlerin özel kuruluşlar ya da kamu kurum ve kuruluşlarındaki çalışma ortam ve koşulları ile çalışma sürelerinin; fiziksel şikâyet ve çalışma ortamına yönelik memnuniyetlerine etkisini ortaya koymayı hedeflemektedir. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya İstanbul’da bulunan özel kuruluşlarda ve kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan 204 fizyoterapist dahil edildi. Katılımcıların 111’i özel kuruluşlarda (Grup 1) ve 93’ü kamu kurum ve kuruluşlarında (Grup 2) çalışmakta idi. Katılımcıların demografik bilgileri alındıktan sonra tarafımızca hazırlanan 6 bölüm 31 sorudan oluşan “Fizyoterapistlerin Çalışma Ortamı Memnuniyeti Anketi” yüz yüze yöntemiyle uygulandı. **Bulgular:** Grup 1’in yaş ortalaması 29,88±6,80 yıl, Grup 2’nin 33,85±8,87 yıl idi (p=0,00). Grupların çalışma süreleri karşılaştırıldığında Grup 1’in toplam çalışma süresinin 6,41±6,89 ve Grup 2’nin toplam çalışma süresinin 10,10±8,82 (yıl) olduğu, oturarak geçen sürenin Grup 1’de 3,35±1,35 ve Grup 2’de 2,95±1,21 (saat) olduğu görüldü ve gruplar arasında toplam çalışma süresi (p=0,01) ve oturarak geçen süre (p=0,03) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Grup 2’nin toplam çalışma süresinin daha fazla ve iş yerinde oturarak geçirdikleri sürenin daha az olduğu görüldü. Grupların çalışma ortamı memnuniyet düzeylerine bakıldığında uygulanan anketin toplam skoru Grup 1’de 60,32±14,80 ve Grup 2’de 43,35±13,87 olarak bulundu. Grupların çalışma ortamı memnuniyet düzeyleri karşılaştırıldığında uygulanan anketin alt bölümleri ve toplam skorda memnuniyet düzeyi açısından Grup 1’in üstün olduğu tespit edildi (p=0,00). **Sonuç:** Bu çalışma bize özel kuruluşlarda çalışan fizyoterapistlerin, kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan fizyoterapistlere göre çalışma ortamı ve koşullarından daha memnun olduklarını gösterdi.

Anahtar Kelimeler: fizyoterapist, çalışma ortamı, ağrı, mesleki memnuniyet

ABSTRACT Objective: This study aims to reveal the effect of work environment, work conditions and periods on job satisfaction and physical complaints among physiotherapists employed in Turkey in public institutions and organizations or private institutions. **Methods:** A total of 204 volunteer physiotherapists were enrolled in this study. One hundred eleven physiotherapists were working in public institutions (Group 1) and 93 physiotherapists were working in private institutions (Group 2). ‘Work Environment Satisfaction Questionnaire of Physiotherapists’ which was prepared by us and composed of 6 sections and 31 questions was applied face to face to volunteer participants after their demographic information was taken. **Findings:** The mean age of participants was 29.88±6.80 years in Group 1 and 33.85±8.87 years in Group 2 (p=0.00). Total working time of Group 1 was 6.41 ± 6.89 and 10.10 ± 8.82 was in Group 2 (years) (p=0.01) and sitting time of Group 1 was 3.35±1.35 and 2.95±1.21 was in Group 2 (hours) (p=0.03). Group 2 was found to have a longer total working time and a shorter sitting time at work. The total score of the questionnaire was found 60.32±14.80 in Group 1 and 43.35±13.87 in Group 2. In this study sub-sections and the total score of satisfaction levels were found significantly superior in Group 1 compared to Group 2 (p=0.00). **Conclusion:** This study showed that physiotherapists working in private institutions are more satisfied with working environment and work conditions than physiotherapists working in public institutions and organizations.

Keywords: physiotherapist, working environment, pain, job satisfaction

Giriş

Türkiye’de fizyoterapistlerin çalışma alanları kamu kurum ve kuruluşları ve özel sektör olarak dağılım göstermektedir. Ülkemizde 2015 yılı itibarı ile aktif çalışan fizyoterapist sayısı yaklaşık

9000’dir.¹ 2010 yılı verilerine göre çalışmakta olan fizyoterapistlerin kurumlara göre dağılımı özel sektörde 1016, sağlık bakanlığında 702 ve üniversitelerdeki akademik kadrolarda ise 304 fiz-

Geliş Tarihi/Received:27-07-2017 / **Kabul Tarihi/Accepted:**11-10-2017

^a Yrd. Doç. Dr. Fzt. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Bakırköy/İstanbul; ORCID: /0000-0002-8141-6977

^b Uzm. Fzt. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahpaşa/İstanbul; ORCID: 0000-0002-9767-601X

^c Uzm. Fzt. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahpaşa/İstanbul; ORCID: 0000-0002-7993-3254

Sorumlu yazar /correspondence: Yrd. Doç. Dr. Fzt. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Bakırköy/İstanbul

yoterapist şeklindedir.² Sağlık alanında çalışan bireylerin, çalışma ortamı ve buna bağlı koşullardaki yetersizlikler nedeniyle çeşitli fiziksel problemlerle karşılaştıkları bilinmektedir.³ Mesleğe bağlı kas iskelet sistemi problemlerinin, çalışma ortamının koşulları ve stresi sonucunda ortaya çıkan en büyük sağlık problemlerinden biri olduğu düşünülmektedir.⁴ Bu durum, kişiyi fiziksel ve psikolojik olarak etkilemektedir. Fiziki belirtiler; sıklıkla görülen bel ve boyun ağrısı gibi kas iskelet sistemi problemleri olarak karşımıza çıkmaktadır.⁵ Çalışma ortamının koşullarından memnun olmama durumu da mesleki memnuniyetsizlik gibi psikolojik etkileri ortaya çıkartmaktadır. Mesleki memnuniyetin en önemli göstergelerinin; çalışma saatleri, çalışma ortam ve koşulları, çalışma arkadaşları ve idare ile işbirliği ve iletişimleri, performans değerlendirmesi (terfi ve maaş) gibi faktörler olduğu bilinmektedir.⁶ Ülkemizde istihdam edilen fizyoterapistlerin, kamu kurum ve kuruluşları ya da özel kuruluşlardaki çalışma ortam ve koşulları ile çalışma sürelerinin; fiziksel şikâyet ve çalışma ortamına yönelik memnuniyetlerine etkisi ile ilgili bilginin yetersizliği dikkat çekicidir. Bu bilgilerin ortaya çıkarılması; çalışma koşullarından kaynaklanan fiziksel problemlerin önlenmesi, fiziksel şikâyetlere uygun çalışma ortamı modifikasyonlarının gerçekleştirilmesi için neler yapılabileceğinin belirlenmesi ve fizyoterapistlerin mesleki memnuniyetinin artırılmasına yönelik sağlık politikalarının geliştirilmesi açısından yol gösterici olabilir.

Bu çalışma farklı sektörlerde çalışan fizyoterapistlerin, tercih ettikleri sektöre göre; çalışma ortam ve koşulları ile çalışma süreleri, idare ile işbirliği ve iletişimleri, çalıştıkları fiziki ortamın şartları, çalışma ortamındaki ayakkabı tercihleri gibi değişkenlerin; fiziksel şikâyetleri ve çalışma ortamına yönelik memnuniyetlerine etkisini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntemler

Çalışmamız kesitsel bir araştırma olup evrenini Ekim 2016-Mart 2017 tarihleri arasında 60 yaş altı, İstanbul sınırları içerisinde ulaşabildiğimiz ve çalışmaya katılmayı kabul eden kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan 217 fizyoterapist oluşturdu. Başlangıçta 217 fizyoterapist çalışmaya katılmaya uygunluk açısından değerlendirildi. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve çalışmaya dahil olma kriterlerine uymayan 13 katılımcı çalışma dışı bırakılarak; çalışma 204 katılımcı ile tamamlandı. Fizyoterapistlerden oluşan katılımcılarımızın 111'inin özel kuruluşlarda (Grup 1) ve 93'ünün

kamu kurum ve kuruluşlarında (Grup 2) çalıştığı belirlendi. Çalışma örnekleme nörolojik, romatolojik, kardiyopulmoner, ortopedik herhangi bir kronik hastalığı olan ya da hamile olan fizyoterapistler dahil edilmedi.

Katılımcılardan öncelikle demografik bilgilerinin de sorgulandığı katılımcı takip formunu doldurmaları istendi. Katılımcı takip formu ile çalışma alanı tercihleri, toplam çalışma süreleri, günlük çalışma süreleri, mesai saati boyunca oturarak ve ayakta geçirdikleri süreler, kurumlarındaki yatak boylarının standart olup olmadığı, fiziksel şikâyetleri ve şikâyet bölgeleri ile çalışma ortamındaki ayakkabı tercihleri kaydedildi. Ardından fizyoterapistlerin çalışma ortamı memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla tarafımızca hazırlanan "Fizyoterapistlerin Çalışma Ortamı Memnuniyeti Anketi" katılımcılara uygulandı.

Çalışma Ortamı Memnuniyeti Anketi 6 bölüm ve 31 alt maddeden oluşturuldu. Ankette İlk bölüm olan *fizyoterapistlerin kararlara katılımı* 5 madde, ikinci bölüm *kurumsal hizmet ve çalışma saatleri* 8 madde ile, üçüncü bölüm *çalışma ortam ve koşulları* 4 madde ile, dördüncü bölüm *iş birliği ve iletişim* 5 madde ile, beşinci bölüm *motivasyon ve performans* değerlendirmesi 6 madde ile, altıncı bölüm *yönetim ve yöneticilerin liderlik davranışları* 3 madde ile sorgulandı. Her bir madde 0 (Hiçbir zaman) ile 3 (Her zaman) arasında derecelendirilmiş 4'lü likert tipi ölçek kullanılarak puanlandı. Anket toplamda en az 0 en fazla 93 puan alınabilecek şekilde tasarlandı. Altı bölüm altında yer alan 31 maddelik ölçeğin tümü için iç tutarlılık anlamında Cronbach $\alpha = 0.884$ olarak hesaplanmıştır.

Anket doldurulmadan önce araştırmanın amacı açıklandı, anketin gönüllülük esasına dayalı olduğu söylendi ve katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile yazılı izinleri alındı. Anketler araştırmacılar gözetiminde yüz yüze metoduyla uygulandı. Bütün değerlendirmeler katılımcılara sadece bir kez uygulandı. Bu çalışma Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 2016/09/02 numaralı kararıyla etik kurul tarafından onaylanmıştır

İstatistiksel Analiz

Çalışmanın istatistiksel analizleri "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS) Versiyon 20.0 ile gerçekleştirildi. Karşılaştırılmalarda bağımsız örneklem t testi ve ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık için $p < 0,05$ yeterli kabul edildi.

Tablo1: Katılımcıların Demografik Özellikleri ve Çalışma Süreleri

Özellikler	Grup 1	Grup 2	t	p Değeri
	(n=111)	(n=93)		
	ORT±SS	ORT±SS		
Yaş (yıl)	29,88±6,80	33,85±8,87	-3,60	0,00*
Boy (cm)	173,82±8,7	169,88±9,6	3,02	0,03*
Kilo (kg)	70,90±11,84	70,11±14,51	0,43	0,66
VKİ	23,38±3,08	24,19±4,17	-1,58	0,11
Toplam Çal. Süresi (yıl)	6,41±6,89	10,10±8,82	-3,34	0,01*
Günlük Çal. Süresi (saat)	8,27±0,83	8,14±1,03	1,02	0,30
Ayakta Geç. Süre (saat)	4,90±1,67	5,07±1,29	-0,79	0,42
Oturarak Geç. Süre (saat)	3,35±1,35	2,95±1,21	2,18	0,03*

ORT: ortalama; SS: standart sapma; Çal: çalışma; Geç: geçirilen; VKİ: Vücut kitle indeksi. *Independent sample t test, p<0.05.

Tablo 2: Ağrının Bölgelere Göre Dağılımı

Bölge	Grup 1	Grup 2	X ²	p Değeri
	(n=111)	(n=93)		
	n (%)	n (%)		
Boyun	108(97,3)	84(90,3)	4,52	0,10
Sırt	102(91,9)	86(92,5)	0,10	0,94
Bel	101(91)	71(76,3)	13,27	0,001*
Diz	104(93,7)	87(93,5)	0,07	0,96
Ayak	108(97,3)	90(96,8)	0,07	0,95

*Ki-kare testi, p<0.05.

Tablo 3: Katılımcıların Mesleki Memnuniyet Düzeyi

Alt Maddeler	Grup 1	Grup 2	t	p Değeri
	(n=111)	(n=93)		
	ORT±SS	ORT±SS		
Kararlara Katılım	10,30±3,35	8,72±2,51	6,81	0,00*
Kurum. Hiz. ve Çal. Saat.	14,99±4,58	11,10±4,29	6,22	0,00*
Çalışma Ort. ve Koşulları	8,48±2,52	5,16±2,79	8,89	0,00*
İş Birliği ve İletişim	10,26±2,62	8,61±2,15	4,84	0,00*
Mot. ve Performans Değ.	10,98±3,18	7,58±3,83	6,91	0,00*
Yönetim ve Yön. Lid. Dav.	5,31±1,99	3,86±2,26	4,85	0,00*
Toplam Skor	60,32±14,80	43,35±13,87	8,38	0,00*

ORT: ortalama; SS: standart sapma; Kurum: kurumsal; Hiz: hizmetler; Çal: çalışma; Saat: saatleri; Ort: ortamı; Mot: motivasyon; Değ: değerlendirme; Yön: yöneticilerin; Lid: liderlik; Dav: davranışları. *Independent sample t test, p<0.05.

Bulgular

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Grup 1’in yaş ortalaması 29,88±6,80 yıl iken Grup 2’nin 33,85±8,87 yıl idi. Gruplar demografik veri dağılımları karşılaştırıldığında grupların yaşları (p=0,00) ve boyları (p=0,03) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Ancak, cinsiyet (p=0,23), kilo (p=0,66) ve vücut kitle indekslerinde (p=0,11) anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Katılımcıların çalıştıkları alandaki toplam çalışma sürelerine yıl bazında bakıldığında Grup 2’nin çalışma süresinin Grup 1’den anlamlı düzeyde fazla olduğu görülmüştür (p=0,01). Mesai boyunca oturarak geçirdikleri süreler bakıldığında ise Grup 1’in oturarak geçirdiği sürenin daha uzun olduğu görülmüştür (p=0,03). Günlük

çalışma sürelerine (p=0,30) ve mesai saati boyunca ayakta geçirilen süreye (p=0,42) bakıldığında Grup 1 ve Grup 2 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir (Tablo 1).

Kurumlarındaki yatak boylarının ayarlanabilir olup olmadığı sorgulandığında, Grup 1’in %74,2’si ve Grup 2’nin %77,5’i yüksekliği ayarlanamayan yataklarda çalıştığını bildirmiştir. Kurumların yatak tercihinine göre aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p=0,58).

Ayakkabı tercihleri; düztabanlı ayakkabı, spor ayakkabı, alçak topuklu ayakkabı (<3 cm) ve yüksek topuklu ayakkabı kategorilerine göre sorgulandığında Grup 1 (%79,3) ve Grup 2’deki (%65,6) katılımcıların yüksek oranda spor ayakkabı tercih ettiği görülmüştür. Gruplar arasında

ayakkabı tercihleri açısından anlamlı bir farkın olmadığını göstermiştir ($p=0,31$).

Ağrının bölgelere göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir. Grupların fiziksel şikayetleri sorgulandığında Grup 1’in bölgesel ağrı dağılımına bakıldığında ağrı şikayetinin en fazla boyun (%97,3) ve ayak (%97,3) bölgelerinde olduğu bulunmuştur. Grup 2’de ise en fazla ağrı hissedilen iki bölgenin ayak (%96,8) ve diz (%93,5) olduğu görülmüştür. Gruplar arası karşılaştırma yapıldığında Grup 1’in %91’i ve Grup 2’nin %76,3’ünde bel ağrısı problemi olduğu görülmüştür. Bel ağrısı bakımından gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,00$).

Farklı çalışma alanlarında bulunan bu katılımcıların mesleki memnuniyet düzeyini; kararlara katılım, kurumsal hizmet ve çalışma saatleri, çalışma ortam ve koşulları, iş birliği ve iletişim, motivasyon ve performans değerlendirmesi ve yönetim ve yöneticilerin liderlik davranışları alt maddeleri ile araştırdığımız anket sonucunda Grup 1’in mesleki memnuniyet düzeyinin alt maddelerinin her biri ve toplam skorda anlamlı derecede üstün olduğu görülmüştür ($p=0,00$). Katılımcıların mesleki memnuniyet düzeyleri ise Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tartışma

Bu çalışmada; kamu kurum ve kuruluşları ve özel kuruluşlardaki çalışma ortam ve koşulları ile çalışma sürelerinin; fiziksel şikâyet ve çalışma ortamına yönelik memnuniyetlerine etkisi araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda özel sektör çalışanlarının kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan fizyoterapistlerden anlamlı düzeyde daha memnun olduğu bulunmuştur.

Sağlık sektörü günden güne büyümekte olan, gerek hastalar gerekse sağlık profesyonelleri açısından farkındalığın arttığı ve memnuniyet faktörünün ön plana çıktığı bir alandır. Mesleki memnuniyet; kazanılan ücret, çalışma süresi, çalışma ortamının koşulları, yönetici ve çalışanlarla iletişim gibi birçok maddeyi içermektedir. Aksoy ve ark. yaptıkları çalışmada farklı alanlarda çalışan fizyoterapistlerin yüksek oranda mobbinge maruz kaldığını ve bu nedenle iş üretkenliğinin olumsuz olarak etkilendiğini bildirmiştir.⁷ Benzer şekilde, fizyoterapistlerin çalışma koşullarına bağlı karşılaştıkları kas iskelet sistemi problemleri, hem memnuniyetin hem de motivasyonun azalmasına neden olmaktadır. Fiziksel veya psikososyal maruziyetlerden her ikisine birden maruz kalan çalışanların daha fazla risk altında olduğu saptanmıştır.³ Mesleğe bağlı kas iskelet

sistemi ve psikolojik problemler sonucu artan sağlık harcamaları ekonomiye binen yükü arttırmaktadır. Bu nedenle, mesleki şartlardan kaynaklanan kas iskelet sistemi problemlerinin ve çalışma ortamına yönelik memnuniyet gibi psikososyal maruziyetlerin saptanması ekonomiye binen yükün azaltılmasına yönelik alınacak önlemlerin alınması ve toplum sağlığının korunması açısından önemlidir.

Cromie JE ve ark. yaptığı çalışmada, fizyoterapistlerin mesleğe bağlı kas iskelet sistemi yaralanma oranlarının çok yüksek olduğu saptanmıştır.⁸ Ülkemizde yapılan bir araştırmada, fizyoterapistlerin %85’inin yaşam boyu bir veya birden fazla kas iskelet sistemi yaralanması problemi yaşadığı görülmüştür.⁹ Yine yapılan bir çalışmada fizyoterapistler arasındaki yaralanma oranlarına bakıldığında; genel fizyoterapi alanında çalışan fizyoterapistlerin %74’ünde, nöroloji alanında çalışan fizyoterapistlerin %71’inde ve ortopedi alanında çalışan fizyoterapistlerin ise %48’inde mesleğe bağlı olduğu düşünülen birden fazla kas iskelet sistemi problemi tespit edilmiştir.¹⁰ Fizyoterapistlerin memnuniyet düzeyleri göz önüne alındığında, ülkemizde çalışan fizyoterapistlerin çalışma ortamı olarak kamu kurum ve kuruluşları ve özel sektörde dağılım gösterdiği ve bu farklı alanlara bağlı görülen farklı çalışma ortam ve koşullarının fizyoterapistlerin fiziksel şikayetleri ve mesleki memnuniyet düzeylerini nasıl etkilediğini araştıran bir çalışmanın bulunmaması dikkat çekicidir.

Çalışmamızın sonucunda her iki grupta da ağrı dağılımı boyun, sırt, bel, diz ve ayak bölgelerinde yüksek bulunmuştur. Kamu kurum ve kuruluşlarında ve özel kuruluşlarda kullanılan çoğu yatakların boyları ayarlanabilir nitelikte olmaması ağrı prevalansının yüksek olmasına neden olmuş olabilir. Fiziksel şikayetleri, şikâyet bölgelerine ayırarak baktığımızda bel ağrısı açısından karşıma çıkan tabloda, özel sektör çalışanları arasında ağrı görülme sıklığının kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanlardan anlamlı düzeyde yüksek olmasına rağmen memnuniyetlerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Bu durumun nedeni olarak; uygulanan anket sonuçlarında da görüldüğü üzere motivasyon ve performans değerlendirmesi açısından özel sektör çalışanlarının, kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanlardan memnuniyet düzeylerinin daha üstün olması düşünülmektedir.

Fizyoterapi alanında birçok faktör mesleki memnuniyet düzeyini etkilemektedir. Bu mesleki memnuniyetin atında yatan faktörler: İşverenler tarafından iş ve işyeriyle ilgili karar süreçlerinde fizyoterapistin kararlara katılımı, çalışma ortamı

ve koşullarının modifikasyonlarının gerçekleştirilmesi, çalışma sürelerinin optimize edilmesi, işveren ve çalışanlar arasında iş birliği ve iletişimin sağlanması, performans artırıcı yönde motive edici yaklaşımların geliştirilmesi, yöneticilerin uygun yönetimsel tavır takınmasıdır.^{11,12} Mesleki memnuniyeti etkileyen faktörlerin tümü açısından özel sektörde çalışan fizyoterapistlerin mesleki memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcı fizyoterapistlerin yıl bazında toplam çalışma sürelerine bakıldığında kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan fizyoterapistlerin özel sektörde çalışan fizyoterapistlere göre yaş ortalamalarının daha büyük olması, daha uzun seneler çalışmış olmaları ve mesai boyunca daha az süre oturarak çalışmaları nedeniyle yıpranma oranlarının daha fazla olabileceğini düşündürmekte ve bu durumun özel sektör çalışanlarının memnuniyet düzeylerinin daha yüksek bulunmasında bir etken olabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç

Tercih edilen sektöre bağlı olarak değişen çalışma ortam ve koşullarının fizyoterapistlerin fiziksel şikayetleri ve mesleki memnuniyet düzeylerini nasıl etkilediğini araştıran çalışmamızın sonucunda; özel sektörde çalışan katılımcıların, kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan katılımcılara göre memnuniyet düzeylerinin anlamlı olarak üstün olduğunu gördük. Bu çalışmanın sonuçlarının; farklı çalışma koşullarından kaynaklanan fiziksel problemlerin belirlenmesi ve önlenmesine bağlı olarak ekonomiye binen yükün azaltılması, fiziksel şikayetlere uygun çalışma ortamı modifikasyonlarının gerçekleştirilmesi için neler yapılabileceğinin belirlenmesi ve fizyoterapistlerin memnuniyet düzeylerinin artırılmasına yönelik sağlık politikalarının geliştirilmesine yönelik yol gösterici bir çalışma niteliği taşıyacağını düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Erden A. Türkiye'deki fizyoterapi öğretim elemanlarının ve son sınıf öğrencilerinin fizyoterapi eğitimi ile ilgili memnuniyet düzeylerinin incelenmesi [Analysis of final year physiotherapy students' and instructors' satisfaction level about physiotherapy education in Turkey][Doktora Tezi]. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Pamukkale University], Denizli, Türkiye, 2015
2. T.C Başbakanlık Devlet Planlama teşkilatı Müsteşarlığı, Türkiye' de Sağlık Eğitimi ve

3. Devereux JJ, Vlachonikolis IG, Buckle PW, Epidemiological study to investigate potential interaction between physical and psychosocial factors at work that may increase the risk of symptoms of musculoskeletal disorder of the neck and upper limb. *Occup Environ Med.* 1999; 56(5):343-353.
4. Beynon C, Reilly T. Epidemiology of musculoskeletal disorders in a sample of British nurses and physiotherapists. In: Reilly T, ed. *Musculoskeletal Disorders in Health-Related Occupations.* Amsterdam: IOS Press. 2002;63-85.
5. Bölükbaşı N. Sağlık Çalışanlarında Bel ve Üst Ekstremitelere İlişkin Kas-İskelet Sistemi Sorunları. Sağlık çalışanlarının sağlığı 1. Ulusal Kongresi Kitapçığı [Panel], Ankara, Kasım, 1999;1-5.
6. Eker L, Tüzün EH, Daskapan A, Sürenkök O. Predictors of job satisfaction among physiotherapists in Turkey. *J Occup Health.* 2004;46(6):500-5.
7. Aksoy CC, Taşpınar B, Okur İ, Kurt G, Taşpınar F. Fizyoterapistlerde Mobbing Maruziyeti Ve İş Üretkenliğinin İncelenmesi. *Adnan Menderes Univ Sađ Fak Derg.* 2017;1(1):20-27.
8. Cromie JE, Robertson VJ, Best MO. Work-related musculoskeletal disorders in physical therapists: prevalence, severity, risks and responses. *Phys Ther.* 2000;80:336-351.
9. Salik Y, Özcan A. Work-related musculoskeletal disorders: A survey of physical therapists in İzmir Turkey. *BMC Musculoskelet Disord.* 2004;5:27.
10. Yakut H, Yakut Y. Türkiye'deki fizyoterapistlerde kas iskelet sistemi yaralanmaları, yorgunluk ve mesleki memnuniyetin değerlendirilmesi. *Fizyoter Rehabil.* 2011;22(2):74-80.
11. Şenduran M, Ünver B, Ünver Koçak F, Narin S. Job satisfaction among physiotherapists living in Aegean Region of Turkey: a questionnaire survey. *Fizyoter Rehabil.* 2012;23(2):100-106.
12. Ahlberg-Hultén GK, Theorell T, Sigala F. Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel. *Scand J Work Environ Health.* 1995;21(6):435-9.

Kadınların Maternal Bağlanma Algısı ve Anneliğe İlişkin Görüşleri

Women's Perception of Maternal Attachment and Their Views on Motherhood

Zümrüt BİLGİN^a, Şule ECEVİT ALPAR^b

ÖZ Amaç: Kadınların maternal bağlanma algısının anneliğe ilişkin görüşlerine etkisini belirlemektir. **Gereç ve Yötem:** Tanımlayıcı olan bu araştırma İstanbul'da bir kadın doğum hastanesinde 15 Mart 2015-30 Aralık 2016 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın evrenini bu hastanede normal doğum yapan tüm kadınlar, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden ve örneklem kriterlerine uyan toplam 610 anne oluşturdu. Araştırma verilerinin toplanmasında literatürden yararlanılarak geliştirilen bir form ve "Maternal Bağlanma Ölçeği" kullanıldı. Veriler bilgisayar ortamında değerlendirildi. **Bulgular:** Annelerin yaş ortalaması 27,24±5,59 yıl, %15,4'ünün çalıştığı ve %10'unun işinin yorucu ve stresli olduğu, %16,3'ünün gelirinin giderinden daha düşük, %14,8'inin sosyal desteğinin kısmen yeterli ya da yetersiz, %3,4'ünün yardım almaya gerektiren psikolojik sorunu olduğu saptandı. Kadınların %37,7'sinin ilk gebeliği, %79,8'inin planlı istenen gebeliği, %14,1'inin gebeliğinde eğitim ya da danışmanlık aldığı, %16,7'sinin gebelikte ciddi sorun yaşadığı, %17,4'ünün doğumunda kendi ya da bebeği ile ilgili sorun yaşadığını düşündüğü, %64,4'ünün ilk otuz dakika içinde bebeğini emzirdiği belirlendi. Annelerin eğitim düzeyi, gelir algısı, stres durumu, annenin çalışma şekli, gebelik doğum ve doğum sonu yaşanan bir sorun, geleneksel uygulamalar, ebeveynliğe hazırlık eğitimi annelik rolünü etkiler görüşü ile Maternal Bağlanma Ölçek puan ortalaması arasındaki ilişki anlamlıdır (p<0,05); Anne yaşı, gebeliğin planlanma durumu, anneliği önceden deneyimleme ve sosyal destek yetersizlik algısı annelik rolünü etkiler görüşü ile Maternal Bağlanma Ölçek puan ortalaması arasında fark yoktu (p>0,05). **Sonuç ve Öneriler:** Annenin eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir algısı, stres durumu, gebelik, doğum ya da doğum sonu yaşanan bir sorun varlığının, geleneksel uygulamaların, ebeveynlik eğitimi annelik rolünü etkiler görüşü ile Maternal Bağlanma Ölçek puan ortalaması arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Sonuçlar doğrultusunda; anne-bebek bağlanmasını, annelik rolünü olumsuz etkileyen faktörlerin, görüş ve davranışların belirlenerek bireyselleştirilmiş çözüm önerilerinin geliştirilmesini önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Annelik rolü, annelik bağı, etkileyen faktörler, anneliği algılama, annelik görüşü

ABSTRACT Objective: Women's maternal attachment perception have influenced their views on motherhood. **Materials and Methods:** This descriptive study was conducted between March 15, 2015 and December 30, 2016 in a women's maternity hospital in Istanbul. The universe of the study, all women who normally delivered in this hospital, the sample consisted of 610 mothers who agreed to participate in the survey and met the sampling criteria. In the collection of research data, a form developed using the literature and "Maternal Attachment Scale" (MAS) was used. The data were evaluated in a computer environment. **Results:** The average age of the mothers was 27,24 ± 5,59 years, 15,4% of them were working and 10% of them were tired and stressed, 16,3% of them were lower than their incomes and 14,8% were found to be partially or completely inadequate, and 3.4% had a psychological problem requiring assistance. It was determined that 37.7% of women were pregnant with their first pregnancy, 79.8% had planned pregnancies, 14.1% received education or counseling during their pregnancy, 16.7% had serious problems in pregnancy, 17%, It was determined that 4 of them had a problem with their baby or their baby at birth, 64.4% of them had breast-fed their baby within the first thirty minutes. The relationship between mother's education level, income perception, stress status, maternal working style, pregnancy birth and postpartum anxiety, traditional practice, parenting education, maternal role influence, and Maternal Attachment Scale mean score were significant (p <0.05). There was no difference between maternal age, planning of pregnancy, pre-experience of mother and social support incapacity perception of maternal role, and maternal attachment scale point average (p > 0,05). **Conclusions and Recommendations:** It was determined that the relationship between the presence of a problem with the mother's level of education, working status, income perception, stress status, pregnancy, birth or postnatal status, traditional practices, parenting education, maternal role influence and Maternal Attachment Scale averages was significant. In the direction of the results, we suggest the development of individualized solution proposals by determining mother-infant attachment, factors affecting the role of motherhood negatively, opinions and behaviors.

Keywords: Motherhood role, maternal attachment, affecting factors, motherhood perception, motherhood

Geliş Tarihi/Received: 07-03-2017/ **Kabul Tarihi/Accepted:**04-10-2017

^a Yrd. Doç. Dr. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, email: zumrutbilgin45@gmail.com, ORCID: 0000-0003-3984-5716

Sorumlu yazar /correspondence: Yrd. Doç. Dr. Zümrüt Bilgin, zumrutbilgin45@gmail.com

^b Prof. Dr. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, salpar@marmara.edu.tr, ORCID: 0000-0003-0951-0106

Sorumlu yazar /Correspondence: Yrd. Doç. Dr. Zümrüt BİLGİN; Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, email: zumrutbilgin45@gmail.com

Giriş

Bağlanma, anne-bebek arasında zaman içinde gelişen eşsiz sevgi ilişkisidir. Maternal bağlanma ise gebelikle birlikte başlayan, doğum sonrası devam eden ve annelik rolü gelişimini de etkileyen bir süreçtir.¹ Bağlanmanın en yoğun yaşandığı dönem doğum sonu dönemdir. Doğum sonu dönemde yenidoğan ile annesi arasındaki bağın hemen kurulmasında ve annelik rolünün kazanılmasında bağlanmanın önemli olduğu, bağlanmanın anne-bebek ilişki kalitesini ve ebeveynlik davranışını da etkilediği belirtilmektedir.^{2,3} Gebelikte anne-fetüs bağlanması ile doğum sonu dönemde anne-bebek bağlanması arasında bir benzerlik olduğu belirlenmiştir.⁴ Gebelikte anne-bebek bağlanmasının gelişmesinde; annenin fetüsü bir birey olarak algılaması, fetüs ile etkileşime girmesi, fetüsün özelliklerini yorumlaması ve kendini adamasının önemli olduğu vurgulanmıştır.⁵ Fetal kayıp yaşayan 65 kadın ile yapılan bir çalışmada anne-bebek bağlanmasını etkileyen faktörlerin çok çeşitli olduğu, gebelikle başlayan anne-bebek bağlanmasının kadının gelecekteki annelik rolüne hazır oluşunu etkilediği belirtilmiştir. Güçlü bağlanma ilişkisi geliştirmiş olan kadınların bilişsel-duygusal ve davranışsal olarak annelik rolüne hazır olduğu gösterilmiştir.⁶ Annelik, gebe kalmakla başlayan bedensel bir deneyim, doğum sonu dönemde ise yenidoğanın fiziksel ve psikolojik gereksinimlerini karşılama ekseninde devam eden bir rol olarak tanımlanmıştır.⁷ Annelik davranışlarını öğrenme süreci olarak da tanımlanan annelik rolü birçok kadın tarafından pozitif olarak algılanan, gelişimsel ve etkileşimsel bir süreçtir. Annelik rolüne ulaşıldığında ise annelik kimliği oluşur. Hem gebelik hem de doğum sonu dönemde bağlanmayı etkileyen faktörlerin aynı zamanda annelik rolünü de etkilediği bilinmektedir.^{8,9} Annelerin doğum sonu bağlanma algısı ve annelik rolüne ilişkin görüşleri bu açıdan önemlidir. Bu çalışma ile kadınların maternal bağlanma algısının anneliğe ilişkin görüşlerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı ve analitik desende yürütülen araştırmanın evrenini, İstanbul Anadolu Bölgesindeki bir kamu hastanesinde 15 Mart

2015- 30 Aralık 2016 tarihleri arasında normal vajinal doğum yapan tüm kadınlar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise, termde, canlı bir fetüsü normal vajinal yolla doğuran, doğum sonu dönemde kendi ve bebeğinde hiçbir komplikasyon gelişmeyen ve bebeği yanında olan araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 610 anne oluşturdu. Araştırma için bu hastanenin seçilmiş olmasında İstanbul İli Anadolu bölgesinin en çok doğum yapılan (2016 yılı doğum sayısı=8387, normal doğum sayısı=5122) hastane olması etkili olmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanması için literatürden yararlanarak geliştirilen ve iki bölümden oluşan bir form kullanıldı. Formun ilk bölümü katılımcıların demografik ve obstetrik özelliklerini, ikinci bölüm ise annelik rolüne ilişkin görüşleri içeren sorulardan oluştu. Ayrıca "Maternal Bağlanma Ölçeği" (MBÖ) kullanıldı.

Katılımcı Bilgi Formu: Bu form araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup katılımcıların; yaş, eğitim düzeyi, beden kitle endeksi, çalışma durumu ve gelir algısı, aile tipi, sigara kullanma, tedavi gerektiren bir hastalık varlığı, obstetrik özellikleri (gebelik, düşük ve doğum sayısı, gebelikte sorun yaşama, aldığı ilaçlar) ve annelik rolüne ilişkin görüşleri (stres algısı, çalışma durumu ve koşulları, gebeliğin planlanma durumu, annelik deneyimi, sosyal destek algısı, ebeveynliğe hazırlık eğitimi vb.) içeren 40 (kapalı ve açık uçlu) sorudan oluştu.

Maternal Bağlanma Ölçeği-MBÖ (Maternal Attachment Inventory=MAI): Maternal sevgiyle bağlanmayı ölçmek amacıyla, Mary E. Muller tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir.¹⁰ Muller, MBÖ sorularını maternal adaptasyon ve maternal bağlanmayı iki fazda test etmiştir. Muller bu fazları belirlerken Mercer'in Maternal Rol Adaptasyon teorisini kullanmıştır. MBÖ'nün güvenilirlik katsayısı Cronbach alpha 0,85 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkiye'ye geçerliği ve güvenilirliği Kavlak ve Şirin (2009) tarafından yapılmıştır.¹¹ Her bir madde "her zaman" ile "hiçbir zaman" arasında değişen, 4'lü likert tipi 26 maddelik bir ölçektir. Her madde doğrudan ifadeleri içermektedir ve her zaman (a)= 4 puan, sık sık (b)=3 puan, bazen (c)=2 puan ve hiçbir zaman (d)=1 puan olarak hesaplanır. Sevgiyi gösteren maternal duygu ve davranışları ölçen ölçekten elde edilecek en düşük puan 26, en

yüksek puan 104 olup, yüksek puan maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir.^{10,11} Bizim çalışmamızda da annelerin MBÖ'den aldıkları en düşük puan 26, en yüksek puan 104'tür. Yine bu çalışmada MBÖ'nün güvenilirlik katsayısı Cronbach alpha değeri 0,88 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü ve Uygulanması

Araştırma yapılabilmesi için hastanenin etik kurulundan ve hastane idaresinden gerekli izinler alındı. Katılımcıların kimliklerinin gizli tutulacağı ve bilgilerin yalnızca bu araştırma için kullanılacağı açıklandı. Katılımcılara araştırma konusunda bilgi verilerek onamları alındı ve çalışmaya katılmayı kabul eden anneler örneklemi oluşturdu. Araştırma verileri, araştırmaya gönüllü katılanların kendilerinin veri toplama formunu doldurması ile elde edildi. "Bilgi Formu" ve "Maternal Bağlanma Ölçeği" katılımcılar tarafından ortalama 15-20 dakika içinde dolduruldu.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri bilgisayar programı kullanılarak değerlendirildi; kategorik verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımı, sürekli verilerde ortalama-standart sapma, bağımsız gruplarda iki ve ikiden fazla grubun ortalamasının karşılaştırılmasında verilerin normal dağılıma uymaması nedeniyle Kruskal-Wallis H testi ve Mann Whitney U testi analizi yapıldı.¹²

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma bulguları örneklemle sınırlıdır ve tüm annelere genellenemez. Ayrıca okuma hızı düşük olan annelerin bilgi formunu doldurmada zorlanmaları nedeniyle, soruların tümünü cevaplamamaları ve formları eksik bırakmaları da araştırmanın diğer sınırlılıklarından biridir.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 27,24±5,59 yıl, %85,5'inin uyumlu bir çift olduğu belirlendi. Kadınların %34,4'ü ilkököl mezunu, %15,4'ünün çalıştığı ve çalışanların %10'unun işinin yorucu ya da stresli olduğu, %16,3'ünün gelirinin giderinden düşük, %14,8'inin sosyal desteğinin kısmen ya da yetersiz, %3,4'ünün yardım almayı gerektiren psikolojik sorunu olduğu saptandı. Tablo 1'de kadınların %37,7'sinin ilk gebeliği %79,8'inin planlı istenen gebeliği, %14,1'inin gebeliğinde

eğitim ya da danışmanlık aldığı, %52,5'inin gebelikte basit şikayet yaşadığı, %16,7'sinin gebelikte ciddi sorun, %17,4'ünün doğumunda kendi ya da bebeği ile ilgili sorun yaşadığını düşündüğü, %64,4'ünün ilk otuz dakika içinde bebeğini emzirdiği belirlendi.

Tablo 1. Annelerin obstetrik özellikleri (n=610)

Obstetrik Özellikler	Sayı	%
Gebelik sayısı		
İlk gebelik	230	37,7
İki ve ↑	380	62,3
Gebeliğin istenme durumu		
Planlı istenen	487	79,8
Plansız istenen	103	16,9
Plansız istenmeyen	20	3,3
Gebelikte eğitim ve danışmanlık alma		
Almayan	524	85,9
Alan	86	14,1
Gebelikte basit şikayet yaşama		
Yaşamayan	290	47,5
Yaşayan	320	52,5
Gebelikte ciddi sorun yaşama		
Yaşamayan	508	83,3
Yaşayan	102	16,7
Doğumunda kendi ya da bebeği ile ilgili sorun yaşadığını düşünme		
Düşünmeyen	504	82,6
Düşünen	106	17,4
Bebeğin ilk emzirildiği dakika		
≤30 dk	393	64,4
31-60 dk	128	21,0
≥60 dk	89	14,6

Tablo 2'de kadınların bazı özellikleri ile MBÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; kadının sosyal destek algısı, eş uyumu, kendi annesi ile iletişimi ve doğum sonu duygusal olarak kendini hissetme durumu ile MBÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Kadının yaşı, çalışma durumu ve gebeliğin istenme durumu, bebeğin cinsiyeti ile MBÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p>0,05). Yapılan ileri istatistiksel analizde sosyal desteği yeterli olarak algılayanların biraz yeterli algılayanlardan; eşiyile uyumlu olduğunu düşünenlerin biraz uyumlu olduğunu düşünenlerden; annesi ile iletişimi çok iyi olanların iletişimi iyi olanlardan; doğum sonu kendini duygusal olarak çok iyi hissedendenler daha iyi hissedendenler ve çok iyi hissedendenler iyi hissetmeyenlerden bağlanma ölçek puanının daha yüksek aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi (p<0,05).

Tablo 3’de kadınların anneliğe ilişkin görüşleri ile MBÖ ölçek puan ortalaması karşılaştırıldığında; eğitim düzeyi, gelir düzeyi, stres algısı, annenin çalışması, gebelik doğum ya da doğum sonu yaşanan bir sorun varlığı, geleneksel uygulamalar ve ebeveynliğe hazırlık eğitimi annelik rolünü etkiler görüşü ile MBÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Yapılan ileri istatistiksel analizde eğitim düzeyi annelik rolünü etkiler görüşüne katılmayanların kararsızlardan ve katılanların katılmayanlardan; gelir düzeyi annelik rolünü etkiler görüşüne katılıyorum diyenlerin kararsızlardan ve katılıyorum diyenlerin katılmıyorum diyenlerden; stres annelik rolünü etkiler görüşüne katılıyorum diyenlerin kararsızlardan ve katılıyorum diyenlerin katılmıyorum diyenlerden; annenin çalışması annelik rolünü etkiler görüşüne katılıyorum diyenlerin kararsızlardan; gebelik, doğum ya da doğum sonu yaşanan bir sorun annelik rolünü etkiler görüşüne katılıyorum diyenlerin kararsızlardan; geleneksel uygulamalar annelik rolünü olumsuz etkiler görüşüne katılanların katılmayanlardan ve katılanların kararsızlardan; ebeveynliğe hazırlık eğitimi annelik rolünü başarmada önemlidir görüşüne katılıyorum diyenlerin kararsızlardan ve kararsızların katılmıyorum diyenlerden bağlanma ölçek puanı daha yüksek aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$). Kadının yaşı, gebeliğin planlı olması, anneliğin önceden deneyimlenmesi, sosyal destek yetersizliği annelik rolünü etkiler görüşü ile MBÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Bu çalışmada ölçekten elde edilen en düşük puan 26, en yüksek puan 104, ölçek puan ortalaması ise $99,63\pm 6,41$ ’dir. Yine bu çalışmada MBÖ’nin güvenilirlik katsayısı Cronbach alpha değeri 0,88 olarak bulundu.

Tartışma

Bu çalışmada kadınların maternal bağlanma algısının anneliğe ilişkin görüşlerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Gebelikte anne-bebek bağlanmasını pek çok faktörün etkilediği; gelir düzeyi, gebeliğin planlanması, bebeğin görüntülenmesi ve fetal hareketlerin anne tarafından algılanmasının bağlanmada etkili olduğu, anne yaşının ise etkisinin olmadığı bildirilmiştir.¹³ Araştırmaya katılan kadınların üçte birinin (%34,4) ilkökul mezunu, %10’unun yorucu/stresli bir işte çalıştığı, çok az kısmının (%16,2) gelirinin giderinden düşük ve %14,8’inin

sosyal desteğinin kısmen yetersiz ya da yetersiz olduğu saptanmıştır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2013)’ında kentte yaşayan 15-49 yaş grubundaki kadınların %32,6’sı ilkökul mezunu, %31’inin sürekli bir işte çalıştığı, %20,9’unun hane halkı refahının orta düzeyde olduğu gösterilmiştir.¹⁴ Öztürk ve Saruhan (2013) annelerin %32,1’inin 27-31 yaş grubunda, %50,7’sinin ilkökul mezunu, %90’ının çalışmadığını; Demirbaş ve Kadioğlu (2014) gebelerin %42,1’inin ilkökul veya ortaokul mezunu, %30’unun çalıştığı, %75,9’unun orta veya düşük gelirli olduğunu bulmuştur.^{15,16} Eğitim düzeyi ve çalışma durumu açısından bulgularımızın TNSA sonuçlarına benzer, ancak Öztürk ve Saruhan (2013)’in çalışmasından farklılık gösterdiği görülmektedir. Eğitim düzeyi kadının yaşamındaki en önemli belirleyicilerden olup, kadınların iş gücüne katılımını, gelir düzeyini ve yaşam kalitesini etkileyerek; gebelik, doğum sonu dönemde anne-bebek bağlanmasını, annenin annelik rolüne ilişkin algısını-görüşünü ve davranışını etkileyebilmektedir.

Gebelikte güçlü anne-bebek bağlanması ile gebelikte olumlu sağlık davranışı sergileme doğum öncesi bakım alma, gebelik, doğum ve bebek bakımı hakkında daha fazla bilgi edinmeye çalışma arasında ilişki olduğu saptanmıştır.^{17,18} Ayrıca gebeliğin istenmesinin anne-bebek bağlanmasını ve anneliğe ilişkin görüşleri olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. Çalışmada gebeliklerin çoğu planlı istenen gebelik (79,8)’dir. Demirbaş ve Kadioğlu (2014) gebelerin %89,0’ının isteyerek gebe kaldığını, %94,9’unun gebelik hakkında bilgi aldığını belirlemiştir.¹⁶ Kavlak ve Şirin (2009) gebeliğin planlama durumunun maternal bağlanma düzeyini etkilemediğini belirlemiştir.¹¹ Araştırmanın sonuçları Kavlak ve Şirin’in sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Gebeliklerin önceden planlanmasının kadınların anneliğe, annelik rolüne, psikolojik ve sosyal yönden hazır oluşunu olumlu yönde etkileyecektir.

Doğum öncesi ve sonrası dönemde sorun yaşayan kadınların anneliği kabulünün ve annelik rolünü kazanma sürecinin uzadığı bildirilmiştir.¹⁹ Annelerin çok azının gebeliğinde, doğum sonu dönemde kendisi ve bebeği ile ilgili ciddi sorun yaşadığını düşündüğü belirlendi (sırasıyla: %16,7 ;%17,4) (Tablo 1). Öztürk ve Saruhan (2013) annelerin %62,1’inin gebelikte sağlık sorunu yaşamadığını, %70’inin doğumda herhangi sorun yaşamadıklarını; Çalışır (2003) gebelikte sağlık

sorunu yaşama durumunun annelik rol başarımını etkilemediğini; Koç ve ark. (2016) doğum şekli, doğumda sorun yaşama durumunun annelik rolü kazanımını etkilemediğini belirlemiştir.^{15,20,21}

Farklı bir çalışmada yüksek ve düşük düzey obstetrik risk içeren iki grup anne postpartum 1, 4 ve 8. aylarda maternal rollerindeki yeterlilikleri açısından

Tablo 2. Annelerin bazı özelliklerinin maternal bağlanma MBÖ puan ortalaması ile karşılaştırılması (n=610)

Değişkenler	Maternal Bağlanma Puan Ortalaması		Test	p
	n	X±SS		
Kadının yaşı				
≤ 24 yaş	224	99,06±7,60	3,432	0,180
25-34 yaş	312	99,81±5,85		
≥35 yaş	74	100,59±4,32		
Kadının çalışma durumu				
Çalışmıyor	516	99,56±6,63	2,306	0,316
Yorucu/stresli	61	99,34 ±5,52		
Rahat/stresiz	33	101,33 ±3,67		
Sosyal destek algısı				
Yeterli	268	100,35±5,33	8,217	0,016
Kısmen yeterli	202	98,93±7,45		
Yetersiz	140	99,27±6,58		
Eş uyum algısı				
Uyumlu	520	100,00±6,30	15,823	0,000
Biraz uyumlu	84	97,44±6,68		
Uyumlu değil	6	98,00±6,60		
Kendi annesi ile iletişimi				
Çok iyi	432	99,85±6,60	8,223	0,016
İyi	166	98,98±5,92		
İyi değil	12	100,66±5,74		
Gebeliğin istenme durumu				
Planlı istenen	487	99,68±6,57	0,849	0,654
Plansız istenen	103	99,65±5,15		
Plansız istenmeyen	20	98,35±8,19		
Doğum sonu duygusal olarak kendini nasıl hissettiği				
Çok iyi hissediyor	198	100,92±5,46	28,313	0,000
İyi hissediyor	362	99,14±6,76		
İyi hissetmiyor	50	98,06±6,51		
Bebeğin cinsiyeti				
Kız	303	99,51±7,22	*45687,000	0,697
Erkek	307	99,75 ±5,50		

karşılaştırılmış aralarındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür.²² Doğum sonu yaşanan sorun varlığı açısından sonuçların literatür ve diğer çalışma bulgularını desteklemediği, kadınların gebelik ya da doğumda karşılaştıkları sorunları algılama düzeyi ve soruna ilişkin farkındalıkları sonuçların farklılaşmasında etkili olmuştur. Mercer (2006) annelik rolü kazanmanın çok yönlü ve aşamalı bir süreç olduğuna, anne-bebek ilişkisinin doğum öncesi dönemde başladığına inanmaktadır.⁸ Gebelikte anne-bebek bağlanma düzeyi yüksek olan kadınların doğum sonu dönemde anne-bebek

etkileşimlerinin daha iyi olduğu bildirilmektedir.⁶ Kadının sosyo-demografik özellikleri anne-bebek bağlanması ve annelik rolü gelişimini etkileyen önemli değişkenlerdir. Kadınların bazı özellikleri ile MBÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; kadının sosyal destek algısı, eş uyumu, kendi annesi ile olan iletişimi ve doğum sonu duygusal durumu ile MBÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05) (Tablo 2). Demirbaş ve Kadioğlu (2014) Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) puan ortalaması ile kadınların gebeliğe-anneliğe

uyumlarını karşılaştırmış, çalışan kadınların çalışmayanlara göre daha yüksek, iyi gelir düzeyine sahip kadınların orta ya da düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre daha iyi, isteyerek gebe kalanların istemeden gebe kalanlara göre daha iyi, gebelik ile ilgili bilgi alan gebelerin gebeliğe ve anneliğe uyumlarının daha iyi olduğunu ($p<0,05$);PKDÖ puan ortalamaları ile yaş, gebelik sayısı ile gebeliğe-anneliğe uyumları arasında fark olmadığını saptamışlardır.⁽¹⁶⁾ Sönmezer ve ark. (2015) gebelerin yaşam kalitesi artıca anneliğe psikososyal uyumlarının kötüleştiğini belirtmişlerdir.²³ Bu çalışmada kadının yaşı, çalışma durumu ve gebeliğin istenme durumu, bebeğin cinsiyeti ile MBÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$). Sonuçların farklılaşmasında araştırma evrenini oluşturan popülasyonun özellikleri ve sosyo kültürel değer yargıları etkili olmuştur. Annelik rolü başarıyı kadının annelik davranışlarını öğrenme süreci olarak tanımlanmaktadır. Annelik rolü başarıyı çeşitli sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerden etkilenmektedir. Bu özelliklerden bazıları; kadının eğitim düzeyi, çalışma yaşamı, sosyal destek algısı, doğum sayısı ve önceki deneyimleridir.⁹

Annelerin; eğitim düzeyi ve gelir durumu annelik rolünü etkiler görüşü ile MBÖ puan ortalaması arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 3). Demirbaş ve Kadioğlu (2014) Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) puan ortalaması ile kadınların gebeliğe-anneliğe uyumlarını karşılaştırdığı çalışmalarında lise ya da üniversite mezunlarının ilkokul ya da ortaokul mezunlarından gebeliğe ve anneliğe uyumlarının daha iyi olduğunu; Özkan ve arkadaşları (2013) annelerin doğum sonu dönemde ebeveynlik davranışlarını inceledikleri çalışmalarında üniversite mezunu olan annelerin Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği (DSEDÖ) puan ortalamalarını diğer eğitim derecelerine sahip olanlardan daha yüksek bulmuşlardır.^(16,24) Walker ve arkadaşları (1986) primipar annelerin eğitim düzeyleri ve sosyo-ekonomik durumları ile annelik davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu; Figueiredo ve arkadaşları (2009) çalışmayan annelerin bebeklerine karşı olumsuz duygular gösterebileceklerini; Çalışır (2003) ve Uçar (2014) iyi gelir düzeyine sahip annelerin annelik rol kazanımı puanlarının diğer gruptaki annelerden yüksek olduğunu saptamışlardır..^{20,24,27}

Yüksek eğitim düzeyine sahip olan annelerin gebelik, doğum, doğum sonu dönem ve bebek bakımı konusunda bilgi edinmede daha istekli olmaları ve daha fazla bilgi edinmeleri maternal bağlanma ve anneliğe ilişkin bilgi, tutum ve davranışları olumlu yönde etkilediği bilinmektedir.

Gebelik ve doğum özellikle kadınlar için stresli bir yaşam olayıdır. Çalışmamızda stres ile MBÖ ölçek puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 3). Holub ve ark. (2007)'nın adölesan annelerin maternal role uyumlarını değerlendirdikleri çalışmada prenatal stres ve ebeveyn olma stresini yüksek düzeyde yaşayan kadınların annelik rolüne uyumlarının daha düşük olduğunu; Emmanuel ve ark. (2008) maternal distresin annelik algısını olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir.^{28,29} Bulgular stres açısından literatürü ve çalışma örneklerini desteklemektedir.

Annelik rolü becerisi, kadının annelik davranışlarını öğrenme sürecidir. Geleneksel kadınlar annelerinden öğrendikleri pek çok alışkanlığı ve anneliğe ilişkin rolü devam ettirme eğilimindedir.³⁰ Çalışmada geleneksel uygulamalar annelik rolünü olumsuz etkiler ve ebeveynliğe hazırlık eğitimi annelik rolünü başarmada önemlidir görüşü ile MBÖ puan ortalaması arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 3). Arıkan ve Kahrıman (2002)'ın çalışmasında bebek bakımına ilişkin bilgi almayan annelerin sorun çözme puan ortalamalarını bilgi alanlara göre daha yüksek bulmuştur.³¹ Güncel bilgi ve uygulamaların maternal bağlanmayı pozitif yönde etkilediği düşünüldüğünde kadınların annelik rolü ile ilgili farkındalıklarının artırılması ve rollerinin güçlendirilmesi anne ve bebek bağlanması ve sürdürülmesi açısından çok önemlidir.

Annenin yaşının ve daha önceden anneliği deneyimlenmesinin annelik rolünü etkiler görüşü ile MBÖ ölçek puan ortalaması arasındaki fark anlamlı değildir. Maternal bağlanma düzeyi ileri yaş gebeliklerde bazı çalışmalarda daha düşük bulunurken bazı çalışmalarda ileri yaş annelerin daha esnek kişiliğe sahip olduğu; Ragozin ve ark. (1982)'ı maternal yaşın artmasının ebeveynlik rolünde memnuniyetin, role katılımın ve annelik kimliğinin yerleşmesi ile doğru orantılı olduğunu belirtmişlerdir.^{32,33} Koç ve ark. (2016)'ı çalışmalarında gebelik ve yaşayan çocuk sayısının annelik rolü kazanımında etkili

olduğunu; Ngai ve ark. (2011)'ı Çin'de yaşayan 26 primipar kadının annelik rol deneyimini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada, annenin bebek bakımı hakkındaki kişisel bilgisi ve deneyiminin, maternal rolde yeterliliği etkileyen majör faktör olarak görüldüğünü

saptamışlardır.^{21,35} Bu sonuç, annelerin doğuma ve bebek bakımına yönelik bilgisinin annelik rolünde yetkinliklerini arttırdığı, yaşla birlikte artan deneyimin annelik kimliği kazanmada kolaylaştırıcı faktör olduğu söylenebilir.

Tablo 3. Kadınların anneliğe ilişkin görüşlerinin MBÖ puan ortalaması ile karşılaştırılması (n=610)

Değişkenler	Maternal Bağlanma Puan Ortalaması		Test	p
	n	X±SS		
Yaş annelik rolünde önemlidir				
Katılmıyorum	152	99,82±5,61	2,557	0,278
Kararsızım	40	99,15± 4,86		
Katılıyorum	418	99,61± 6,81		
Eğitim düzeyi annelik rolünü etkiler				
Katılmıyorum	206	99,24± 6,13	17,260	0,000*
Kararsızım	57	96,33± 11,52		
Katılıyorum	347	100,40± 5,11		
Gelir düzeyi annelik rolünü etkiler				
Katılmıyorum	6	77,00±25,87	66,648	0,000*
Kararsızım	33	91,96±7,01		
Katılıyorum	571	100,31± 5,10		
Stres annelik rolünü etkiler				
Katılmıyorum	8	82,25±23,69	61,092	0,000*
Kararsızım	21	88,80±7,71		
Katılıyorum	581	100,26±5,05		
Annenin çalışması annelik rolünü etkiler				
Katılmıyorum	101	99,12±6,15	13,870	0,001*
Kararsızım	54	97,77±6,47		
Katılıyorum	455	99,96±6,43		
Gebeliğin planlı olması annelik rolünü etkiler				
Katılmıyorum	79	98,78± 6,88	2,943	0,230
Kararsızım	27	98,33±5,89		
Katılıyorum	504	99,83±6,35		
Anneliğin deneyimlenmesi annelik rolünü etkiler				
Katılmıyorum	112	98,93± 8,77	1,678	0,432
Kararsızım	46	98,52± 7,44		
Katılıyorum	452	99,92± 5,54		
Sosyal destek yetersizliği annelik rolünü etkiler				
Katılmıyorum	105	100,10± 4,87	4,870	0,088
Kararsızım	65	97,83± 10,60		
Katılıyorum	440	99,78 ±5,87		
Gebelik, doğum ve doğum sonu yaşanan bir sorun annelik rolünü etkiler				
Katılmıyorum	136	98,73±8,95	6,959	0,031*
Kararsızım	78	98,66±6,22		
Katılıyorum	396	100,13± 5,26		
Geleneksel uygulamalar annelik rolünü olumsuz etkiler				
Katılmıyorum	122	98,87±6,70	24,785	0,000*
Kararsızım	135	98,43± 5,55		
Katılıyorum	353	100,35 ±6,53		
Ebeveynliğe hazırlık eğitimi annelik rolünü başarmada önemlidir				
Katılmıyorum	55	98,32±7,79	24,785	0,000*
Kararsızım	75	96,29±7,58		
Katılıyorum	480	100,30 ±5,84		

Gebeliğin planlı olması annelik rolünü etkiler görüşü ile MBÖ ölçek puan ortalaması arasında fark yoktur. Gager ve ark. (1998)'ı tarafından, anne olmayı planlayan bireylerin kendi sorumluluklarına hazırlandıkları ve çocuk bakımı için uygun kaynakları kullanarak başa rıya ulaştıkları belirtilmektedir.³⁶ Yapılan bir meta analiz çalışmasında, gebeliğin istenme durumunun, maternal-fetal bağlanma üzerinde düşük bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir.³⁷ Kadınların çok azının gebeliğini planlamadığı gebelik oluştuktan sonra ise gebeliği sürdürme kararı alanların fiziksel ve psikolojik olarak kendilerini anneliğe hazırladıkları için gebeliği kabullenmelerinin bağlanma ve annelik rolü algısının fazla etkilenmediği düşünülmüştür.

Anne olanların bebeğin gereksinimlerini gidermede ve annelik rolünü yerine getirmede her zaman sosyal desteğe gereksinimleri vardır. Annelik rolüne uyumda öz-güven ve prenatal dönemde başlayan sosyal destek arasında pozitif bir ilişki olduğu, eşi tarafından onaylanan ve sorunlarını eşiyile paylaşabilen kadınların daha az sorun yaşadıkları belirtilmiştir.³⁸ Sosyal destek yetersizliğinin annelik rolünü etkiler görüşü ile MBÖ puanı ortalaması arasında fark olmadığı saptandı. Mermer ve ark. (2010)'ı eğitim düzeyi yüksek olan kadınların, sosyal destek puan ortalamalarının yüksek olduğunu; Arıkan ve Kahriman (2002) annelerin eğitim düzeyi yükseldikçe aileden algılanan sosyal desteğin de yükseldiğini; Inandi ve ark. (2005)'nın çalışmasında kadınların %40'ının yetersiz aile desteğinden yakındığını belirtmişlerdir.^{39,31,40} Çalışmada sosyal destek yetersizliğinin annelik rolünü etkilemediğini düşünenlerin puan ortalaması yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Özellikle doğum sonrası dönemde sosyal destek yeterliliği hem anne-bebek bağlanma duygusunu güçlendirmede hem de annelik rolünün başarımı açısından gerekli ve önemlidir.

Prenatal dönemde başlayan anne-bebek bağlanması, annenin gebelik dönemde bedende oluşabilecek değişiklikleri benimsemesi, gebeliğe uyum sağlaması kendini anneliğe hazırlaması bağlanmanın temelini oluşturmaktadır. Araştırma katılan annelerin MBÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması çok yüksektir. Kavlak ve Şirin (2009), bir aylık bebeği olan annelerin maternal bağlanma puan ortalamasını 94.878±6.048 olarak bulmuştur.¹¹

Shin ve ark. (2007) 196 Koreli kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada, annelerin maternal bağlanma puan ortalamasını 94.26±9.74 olarak belirlemişlerdir.⁴¹ Bulgular diğer çalışma sonuçları ile uyumludur. Maternal bağlanma puan ortalamasının yüksek çıkmasında doğum sonu annelik içgüdüsünün güçlü, yoğun algılanması ve yaşanması ile ilişkili olabilir.

Sonuç ve Öneriler

Anne ile bebek arasında gebelikte başlayan, doğumda doruğa çıkan, doğum sonrası devam eden duygusal güçlü bir ilişki olan maternal bağlanma; annelerin sosyo-demografik, bireysel ve obstetrik özelliklerinden, gebelik, doğum ve doğum sonunda süreçte algılanan ya da yaşanan sorunlardan etkilenmektedir. Annelerin eğitim düzeyi, gelir algısı, stres durumu, annenin çalışma şekli, gebelik doğum ve doğum sonu dönemde yaşanan sorunlar, geleneksel uygulamalar, ebeveynliğe hazırlık eğitimi, annelerin sosyal destek algısı, eş uyumu, annesi ile olan iletişimi ve doğum sonu duygusal durumu maternal bağlanma puan ortalamasını ve annelik rolüne ilişkin görüşleri etkilediği; ancak anne yaşının, gebeliğin planlanma durumunun, anneliğin önceden deneyimlemenin, sosyal destek yetersizlik algısının maternal bağlanma puan ortalamasını ve annelik rolüne ilişkin görüşleri etkilemediği belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Annelerin ve ebeveynlerin sosyal ve psikolojik yönden deskenlenmesi,
- Stres ve duygusal yetersizlik yaratan faktörlerin belirlenerek gerekli desteğin sağlanması
- Annelere obstetrik süreçteki sorunlarla ilgili başetme bilgi ve pratiklerinin kazandırılması önerilir.
- Hemşire ve ebelerin; gebelik doğum ve doğum sonu süreçte anne-bebek bağlanmasını ve annelik rolünü etkileyen faktörleri belirlemesi; anne ve fetüs-bebek arasındaki fiziksel, duygusal bağı geliştirici işitsel, görsel ve uygulamalı eğitimler planlanması, emzirmenin erken dönemde başlatılması, annelik rolünü güçlendirici olumlu davranışların desteklenmesi, sosyal destek sistemlerinin bakım sürecine dahil edilmesi ve bireyselleştirilmiş çözüm önerilerinin geliştirilmesi önerilebilir.

Teşekkür: Çalışmaya katılan tüm annelere teşekkür ederiz.

Kaynaklar

- Muller ME Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1996 25(2):161-6.
- Rubin R. Maternal tasks in pregnancy. J Adv Nurs 1976 1(5):367-376.
- Rodriquez CM, Tucker MC. Behind the cycle of violence, beyond abuse history: a brief report on the association of parental attachment to physical child abuse potential. Violence Vict 2011 26(2):246-256.
- Siddiqui A, Hagglof B, Eisemann M. Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. J Reprod Infant Psychol 2000 18 (1):67-74.
- Peppers LG, Knapp RJ. Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. Psychiatry 1980 43(2):155-159.
- Siddiqui A, Haglof B. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? Early Hum Dev 2000 59 (1):13-25.
- Miller T. Annelik Duygusu: Mitler ve Deneyimler. İstanbul İletişim. 2010
- Mercer RT. Nursing Support of The Process of Becoming A Mother. AWHONN, The Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses Jogn 2006 5:649-651.
- Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007 6 (6):479-484.
- Muller ME. A questionnaire to measure mother- to- infant attachment. J Nurs Meas 1994 2 (2):129-141.
- Kavlak O, Şirin A. Maternal bağlanma ölçeği'nin türk toplumuna uyarlanması. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009; 6:188-202.
- Büyüköztürk Ş, Çakmak EK, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Pegem Akademi, Ankara, 2012.
- 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 (1):13-7.
- Sağlık Bakanlığı Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları 2013. Erişim adresi:http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
- Öztürk R, Saruhan A. 1-4 Aylık prematüre bebeği hastanede tedavi gören annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisinin incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2013 1:32-47.
- Demirbaş H, Kadioğlu H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. MUSBED 2014 4(4):200-206.
- Lindgren K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy. Res Nurs Health 2001 24(3):203-217.
- Lindgren K. A comparison of pregnancy health practices of women in inner-city and small urban communities. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2003 32(3):313-321.
- Weis KL. Maternal Identity Formation in a Military Sample: A Longitudinal Perspective. Theses of PhD:University of North Carolina, 2006.
- Çalışır H. İlk kez anne olan kadınların annelik rolü başarımlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi [Doktora Tezi]. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, Türkiye 2003
- Koç Ö, Özkanl H, Bekmezci H. Annelik rolü ve ebeveynlik davranışı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2016 6(2):143-150.
- Mercer RM, Ferketich SL. Predictors of maternal role competence by risk status. Nurs Res. 1994 43(1):38-43.
- Sönmezer E, Yosmaoğlu HB, Daşkapan A, Anaforoğlu B. Gebelerin anneliğe psikososyal uyumlarını etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum 2015 25(2):46-54
- Özkan H, Kanbur A, Apay S, Kılıç m, Ağapınar S, Özorhan EY. Annelerin doğum sonu dönemde ebeveynlik davranışlarının değerlendirilmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2013 47 (3):117-121.
- Walker L, Crain H, Thompson E. Mothering behavior and maternal role attainment during the postpartum period. Nursing Research 1986 35:352-355.
- Figueiredo B, Costa R, Pacheco A, Pais Á. Mother-to-infant emotional involvement at

- birth. *Maternal and Child Health Journal* 2009 13:539-549.
- 27.Uçar H. Gebelerin psikososyal sağlık durumları ile annelik rolü arasındaki ilişki [Yüksek Lisans Tezi]. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Türkiye, 2014
- 28.Holub C, Kershaw T, Ethier K, Lewis J, Milan S, Ickovics J. Prenatal and parenting stress on adolescent maternal adjustment: Identifying a high-risk subgroup. *Matern Child Health J.* 2007 11:153-159.
- 29.Emmanuel E, Creedy D, John W, Gamble J, Brown C. Maternal role development following childbirth among Australian women. *J Adv Nurs.* 2008; 64(1):18-26.
- 30.Dunn-Mascetti M. İçimizdeki Tanrıça: Kadınlığın Mitolojisi. Çorakçı B, editör. İstanbul:Doğan Kitapçılık;2000.
- 31.Arıkan D, Kahriman İ. Yenidoğan bebeği olan primipar annelerin ailelerinden algıladıkları sosyal desteğin sorun çözme becerilerine etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002 5:60-67
- 32.Yılmaz S, Beji N. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Derg.* 2010 20(3):99-108.
- 33.Ragozin A, Basham R, Crnic K, Greenberg M, Robinson N. Effects on maternal age on parenting role. *Dev Psychol.* 1982 18:627-634.
- 34.Mercer R. Predictors of maternal role attainment at one year post birth. *West J Nurs Res.* 1986 8(1):2-9.
- 35.Ngai F, Chan S, Holroyd E. Chinese primiparous women's experiences of early motherhood: factors affecting maternal role competence. *J Clin Nurs.* 2011 20:1481-1489.
- 36.Gager CT, McLanahan SS, Gleib DA. Preparing for parenthood: Who's Ready, Who is not? Center for Research on child Wellbeing Working Paper 1998 1-42.
- 37.Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Hanks MM, Cannella BL. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *Int J Nurs Stud* 2009 46(5):708-715.
- 38.Atalay S. Gebelikte depresyon prevalansının sosyodemografik özellikler, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi [Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bakanlığı, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Türkiye, 1999
- 39.Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri hemşireliği dergisi [journal of psychiatric nursing]* 2010;1(2):71-76.
- 40.Inandi T, Bugdayci R, Dundar P, Sumer H, et al. Risk factors for depression in the first postnatal year: a Turkish study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005 40:725-30.
- 41.Shin H, Kim YH. Maternal Attachment Inventory: psychometric evaluation of the Korean version. *Journal of Adv Nurs* 2007 59(3): 299-307.

Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi

Investigation of the Effect Of Obesity and Obesity on Life Quality in Pregnancy Following Family Health Center

Rukiye DOĞAN^a, Fatma Deniz SAYINER^b, Hüseyin Mete TANIR^c

ÖZ Amaç: Obezite, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlanmaktadır. Obezite günlük yaşam aktivitelerini azaltan, sosyal ve psikolojik etkileri nedeniyle yaşam kalitesini doğrudan etkileyen bir sağlık problemidir ve obez kadınlarda gebelikte obezite ile ilgili yaşam kalitesinde önemli derecede bozulmalar görülmektedir. Bu çalışma, gebelikte obezite prevalansını ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışma Aile Sağlığı Merkezi'ne bir yılda başvuran 400 gebe kadın üzerinde yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak “Gebelerde Obezite Değerlendirme Anket” formu ve “SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmede ki kare testi ve student t testi kullanıldı. **Bulgular:** Gebelik öncesi obezite sıklığı %18.8 olarak bulundu. Obezite görülme durumu ile yaş, aile gelir durumu, ailede obezite öyküsü, günlük uyku ve televizyon izleme süresi, canlı doğum sayısı, iri bebek öyküsü, son doğum şekli, öğün atlama, hızlı yemek yeme, gece yemek yeme, ayaküstü beslenme alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Kronik hastalık varlığı, düzenli fiziksel aktivite, evlilik süresi ve infertilite tedavisi ile obezite arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulundu ($p<0.001$). **Sonuç:** Gebelik öncesi VKİ ≥ 30 kg/m² üzeri olan kadınların gebelikte yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu tespit edildi. Bu bağlamda obez gebelerde doğum öncesi bakım normal kilolu gebelerden daha önemlidir. Gebelik düşünen obez kadınlar için kilo vermeye yönelik beslenme ve egzersiz programlarının gebelik öncesi dönemde planlanması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Gebelik, obezite, yaşam kalitesi.

ABSTRACT Aim: Obesity is defined by the World Health Organization as “normal or excessive fat accumulation in the body enough to affect health negatively”. Increasing prevalence of obesity is a serious problem for health service of the pregnant women. Obesity is an important problem for the pregnant women and is considered as the most important problem and is of top priority in terms of the complications it causes. Obesity is a health problem reducing daily life activities and affecting directly the life quality due to its social and psychological effects, and significant deterioration could be seen regarding obesity in pregnancy. This study was conducted to evaluate the quality of life and the prevalence of obesity in pregnancy. **Methods:** This study was conducted on 400 pregnant women who applied to the Family Health Center in a year. Data collection tool "Obesity in Pregnancy Assessment Questionnaire" form and the "SF-36 Quality of Life Scale" was used. Chi-square test and student t-test were used in statistical evaluation. **Results:** Prepregnancy obesity prevalence was found 18.8%. Obesity was observed statistically between age and family income status, family history of obesity, daily sleep and watching television, number of live births, history of macrosomic baby, last birth type, skip repast, eating fast, eating at night and eating fast food habits found significant difference ($p<0.05$). There was a statistically significant correlation between presence of chronic disease, regular physical activity, marriage duration and infertility treatment and obesity ($p<0.001$). **Conclusion:** It was determined that pre-pregnancy women with BMI ≥ 30 kg/m² had lower quality of life in gestation. In this context, prenatal care in obese pregnancies is more important than normal weight pregnancies. For obese women who are considering pregnancy, weight loss diet and exercise programs should be planned before pregnancy.

Key words: Pregnancy, obesity, life quality

Giriş

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlanmaktadır.¹ Fiziksel ve ruhsal sorunlara neden olan obezite

iş gücünü azaltması, ülke ekonomisini etkilemesi ve kişiyi toplumdan soyutlaması nedeniyle sosyal bir sorundur.² Son yıllarda obezite sıklığındaki artış ile birlikte obezitenin

Geliş Tarihi/Received: 04-08-2017/ **Kabul Tarihi/Accepted:**01-12-2018

^a Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, e-mail: rukiyedogan_@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-8641-425x

^bDoç. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, email:denizsayiner@gmail.com, ORCID:0000-0001-9287-989X

^c Prof. Dr. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, e-mail: mtanir@superonline.com, ORCID: 0000-0003-2980-630X

Sorumlu yazar /Correspondence: Doç. Dr. Fatma Deniz Sayiner, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, e-mail:denizsayiner@gmail.com

sağlık durumuna etkilerinin kanıtlarla ortaya konması sağlık hizmetlerinin sunumunda ve planlanmasında değişiklikler yaratmıştır. Obezite, kısa ve uzun dönem önemli sağlık riskleri ile obstetrik durumlarda yüksek risk teşkil etmesi nedeniyle çözülmesi gereken öncelikli sorun haline gelmiştir.

Gebelerin sağlık durumlarının incelendiği birçok çalışmada obezite sıklığındaki artış dikkat çekici düzeydedir. 2002-2004 yılları arasında İskoçya'da yapılan bir çalışmada doğum öncesi bakım için başvuran her beş kadından birinin obez olduğu rapor edilmiştir ve bu oranın 10 yıl öncesine göre iki kat daha fazla olduğu bildirilmiştir.^{3,4} Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 raporuna göre, Türkiye'de 15-49 yaş aralığındaki kadınların %27'sinin obez olduğu bildirilmiştir.³⁸ Annenin fazla kilolu veya obez olması maternal ve fetal morbidite ve mortalite, gebelik komplikasyonları ve artan doğum defekti bakımından ciddi riskler oluşturmaktadır. Özellikle obez kadınların olmayanlara göre sezaryen olma oranı iki kat artmaktadır (Tablo 1).^{5,6} Maternal obezite geç dönemde çocuk için obezitenin artmış bir riski olduğu kadar, çocuk ve anne için tip 2 diyabetin de artmış bir riskidir.⁷⁻¹⁰ Bu çalışma, gebelikte obezite prevalansını ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

katılmaya gönüllü olan gebeler oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş olup tüm evrene ulaşılmaya çalışıldı. Araştırma verilerinin toplandığı tarihler arasında Aile Sağlığı Merkezi'nde izlenen 511 (evren) gebe olduğu bildirildi. Ancak, araştırmacı verilen adreslere gittiğinde bu gebelerden 28'i doğum yaptığı, 20'sinin ise gebeliği düşük ile sonlandığı ve 24 gebe ise ev adreslerinde bulunmadığı için araştırmaya dahil edilememiştir. Otuz dokuz gebe ise araştırmaya katılmaya gönüllü olmamıştır. Araştırma, 400 gebe ile tamamlanmıştır (n=400). Gebe kadınların yaşları 17-44 yaş arasında değişmekte olup yaş ortalaması 27.50±5.08 yıl olarak bulundu. Araştırma kapsamına alınan gebe kadınların %35,2'sinin ilköğretim ve altı öğrenim düzeyine sahiptir.

Çalışmada bilgi toplamak amacıyla, araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan "Gebelerde Obezite Değerlendirme Anket" formu ve "SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanıldı. Gebelerde Obezite Değerlendirme Anket formu 25 sorudan oluşmakta olup, kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine, genel sağlık durumu ve alışkanlıklarına, jineko-obstetrik özelliklerine, beslenme alışkanlıklarına, boy ve kilo ölçümlerine ilişkin bilgilere yer verildi.

Tablo 1: Obezite Nedeniyle Gebelik, Doğum, Doğum Sonrası ve Fetal Dönemde Gelişebilecek Riskler

Gebelik	Doğum	Doğum sonu	Fetal etkiler
-GHT (Gestasyonel Hipertansiyon) -GDM (Gestasyonel Diabetes Mellitus) -Preeklampsi -Yetersiz kilo alımı -Fetal izlem güçlüğü	-Sezaryen doğum -Operatif vajinal doğum -Omuz distosisi -Doğum eyleminin uzaması -Doğum travması, -Solunum yetmezliği -Kas gerginliği	-Doğum sonrası ile ameliyat sonrası enfeksiyonları -Üriner sistem enfeksiyonları -Kanama	-Fetal makrozomi -Çok düşük doğum ağırlığı -Fetal anomaliler -Fetal ölüm -Prematürite -Nöral tüp defektleri -Düşük apgar skoru

Kaynak: Duvekot, 2005; Yücel, 2008

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma, gebelikte obezite prevalansını ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan, kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma, 01 Haziran 2010 - 31 Mayıs 2011 tarihleri arasında Eskişehir Odunpazarı İlçesi, Büyükdere Aile Sağlığı Merkezi aile hekimlerine kayıtlı gebe kadınlar arasında gerçekleştirildi. Araştırma grubunu Aile Sağlığı Merkezi aile hekimlerine kayıtlı, araştırmaya

SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ware tarafından 1987 yılında, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş bireysel bir değerlendirme ölçeğidir. 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.¹³ Güvenilirlik için ölçeğin iç tutarlılığı incelenmiş ve her bir alt

ölçek için Cronbach alfa kat sayıları 0.73-0.76 arasında bulunmuştur.¹³

Anket formunun ön uygulaması 10.05.2010-18.05.2010 tarihleri arasında Büyükdere Aile Sağlığı Merkezine başvuran 20 gebe kadın ile gerçekleştirildi. Ön uygulama sonrası gerekli düzenlemeler yapılarak anket formuna son şekli verildi.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (Version 15.0) istatistik paket programında değerlendirildi. Verilerin sayı ve yüzde dağılımları alındı. Analizler için; ki kare testi, student t testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ değeri alındı.

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Eskişehir Osman-gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'na başvuruldu ve 2010/144 sayılı etik kurul onayı alındı. Ayrıca Büyükdere Aile Sağlığı Merkezi'nde araştırma yapılabilmesi için Eskişehir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izin alındı.

Bulgular

Araştırmaya alınan 400 gebenin 75'inde (%18.8) obezite olduğu belirlenmiştir. Gebe kadınların %11,3'ü sigara içtiğini, %6,5'i daha önce sigara içip bıraktığını ifade etti. Çalışma grubunu oluşturan gebe kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine göre dağılımları Tablo 3'de görülmektedir. Buna göre, gebelerin %6'sının infertilite tedavisi gördüğü belirlendi. Çalışma grubundaki gebe kadınların gebelik sayısı en az 1, en fazla 9 olup; ortalama gebelik sayısı 2.07 ± 1.27 , canlı doğum sayısı ise en az 0 en çok 6 olarak bulunup, ortalama canlı doğum sayısı 0.69 ± 0.80 olarak saptandı. Kadınların %17,8'inde düşük öyküsü, %4,3'ünde ölü doğum öyküsü vardı. Daha önce doğum yapmış olan kadınların %14,5'inde iri bebek öyküsü olduğu ve doğum yapan kadınların %59,9'unun son doğum şeklinin vajinal doğum olduğu tespit edildi. Çalışmaya katılan kadınların günlük öğün sayısı 1-3 arasında değişmekte olup ortalama ana öğün sayısı 2.84 ± 0.41 bulundu. Kadınların %24'ünde öğün atlama alışkanlığı vardı. Öğün atlama alışkanlığı olanların %10,5'i sabah, %73,7'si öğlen, %2,1'i akşam ve %13,7'si ise birden fazla öğünü atladığını belirtti. Kadınların %30,7'sinde hızlı yemek yeme, %24,5'inde gece yemek yeme, %6,0'sında yağlı yemek yeme ve %24,5'inde ayaküstü beslenme alışkanlığı olduğu tespit edildi. Gebe kadınların gebelik öncesi VKİ'ne göre dağılımlarına bakıldığında; kadınların gebelik öncesi %6,5'inin zayıf,

%54,7'sinin normal kilolu, %20,0'sinin fazla kilolu ve %18,8'inin ise obez olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2'de obez olan ve olmayan gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre dağılımları yer almaktadır. Çalışmada, gebelerin yaş grupları ile obez olma durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulundu ($p < 0.05$). Otuz yaş ve üzeri gebelerde obezite oranı daha yüksek saptanmıştır. Gebelerin aile gelir durumları ile obez olma durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulundu ($p < 0.05$). Buna göre, gelir durumunu kötü olarak tanımlayan gebelerde obezite oranı daha yüksek saptandı. Çalışma grubundaki kadınlarda herhangi bir kronik hastalığı olanlarda obezite sıklığı daha yüksek bulundu ($p < 0.001$). Gebelerde ailede obezite öyküsü olanlarda obezite öyküsü olmayanlara göre obezite sıklığı daha yüksek bulundu ($p < 0.001$). Çalışmada düzenli fiziksel aktivitesi olmayan gebelerde fiziksel aktivitesi olanlara göre obezite sıklığı daha yüksek bulundu. Yapılan istatistiksel analizde fiziksel aktivite yapma durumu ile obezite arasında anlamlı ilişki bulundu ($p < 0.001$). Günlük uyku süresi ve televizyon izleme süresi ile obezite olma durumu arasında istatistiksel fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Günlük altı saat ve daha az uyku süresi olan gebelerde ve beş saat ve daha fazla süre televizyon izleyenlerde obezite oranı daha yüksek saptandı ($p < 0.001$).

Tablo 3'de araştırma grubundaki obez olan ve olmayan kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklere göre dağılımlarına yer verilmiştir. Araştırma grubundaki kadınlar arasında daha önce infertilite tedavisi görenlerde infertilite tedavisi görmeyenlere göre obezite sıklığı daha yüksek saptandı. Aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$). Canlı doğum sayısı iki ve üzerinde olan gebelerde obezite sıklığı daha fazla bulundu ($p < 0.001$). İri bebek öyküsü ve son doğum şekli sezaryen doğum olan gebelerin obezite olma durumları ile arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulundu ($p < 0.05$).

Tablo 4'te çalışma grubundaki obez olan ve olmayan gebelerin beslenme alışkanlıklarına göre dağılımları sunulmuştur. Çalışmamızda öğün atlama alışkanlığı, hızlı yemek yeme alışkanlığı, gece yemek yeme alışkanlığı ve ayaküstü beslenme alışkanlığı olan gebelerde obezite durumu ile yapılan istatistiksel analizde fark bulunmuştur ($p < 0.001$). Ancak, yağlı yemek yeme durumu ile obezite görülme

Tablo 2. Obez Olan ve Olmayan Gebelerin Sosyo Demografik Özellikleri ve Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Özellikler	Var n (%)*	Yok n (%)*	Obezite		Test Değeri (χ^2 ; p)
			Toplam n (%)**		
Yaş grubu					
≤24	12 (9,2)	118 (90,8)	130 (32,4)		15.653; <0.001
25-29	24 (18,3)	107 (81,7)	131 (32,8)		
≥30	39 (28,1)	100 (71,9)	139 (34,8)		
Aile gelir durumu					
İyi	24 (18,0)	109 (82,0)	133 (33,3)		19.661; <0.001
Orta	38 (15,7)	204 (84,3)	242 (60,4)		
Kötü	13 (52,0)	12 (48,0)	25 (6,3)		
Kronik Hastalık					
Var	13 (40,6)	19 (59,4)	32 (8,0)		9.420; 0.002
Yok	62 (16,8)	306 (83,2)	368 (92,0)		
Ailede Obezite Öyküsü					
Var	46 (58,2)	33 (41,8)	79 (19,8)		97.505; <0.001
Yok	29 (9,0)	292 (91,0)	321 (80,2)		
Düzenli Fiziksel Aktivite					
Evet	18 (11,2)	142 (88,8)	160 (40,0)		9.846; 0.002
Hayır	57 (23,8)	183 (76,2)	240 (60,0)		
Günlük Uyku Süresi (saat)					
≤6	32 (56,1)	25 (43,9)	57 (14,3)		75.092; <0.001
7- 8	38 (19,4)	158 (80,6)	196 (49,0)		
≥9	5 (3,4)	142 (96,6)	147 (36,8)		
Günlük Televizyon İzleme Süresi (saat)					
≤2	26 (16,0)	137 (84,0)	163 (40,8)		23.120; <0.001
3- 4	18 (11,8)	134 (88,2)	152 (38,0)		
≥5	31 (36,5)	54 (63,5)	85 (21,3)		
Evlilik Süresi (Yıl)					
1- 4 yıl	25 (12,6)	174 (87,4)	199 (49,8)		13.556; 0.001
5- 9 yıl	26 (20,8)	99 (79,2)	125 (31,2)		
10 yıl ve ↑	24 (31,6)	52 (68,4)	76 (19,0)		
Toplam	75 (18,8)	325 (81,2)	400(100,0)		

*:Satır toplamına göre, **:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Tablo 3. Obez Olan ve Olmayan Gebelerin Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere Göre Dağılımı

Bazı obstetrik ve jinekolojik özellikler	Obezite			Test Değeri (χ^2 ; p)
	Var n (%)*	Yok n (%)*	Toplam n (%)**	
İnfertilite Tedavisi				
Var	11 (45,8)	13 (54,2)	24 (6,0)	Fisher; 0.002
Yok	64 (17,0)	312 (83,0)	376 (94,0)	
Canlı Doğum Sayısı				
0	27 (15,0)	153 (85,0)	180 (45,0)	16.424; <0.001
1	32 (17,5)	151 (82,5)	183 (45,7)	
≥2	16 (43,2)	21 (56,8)	37 (9,3)	
İri Bebek Öyküsü ***				
Var	24 (72,7)	9 (27,3)	33 (14,5)	56.182; <0.001
Yok	25 (12,9)	169 (87,1)	194 (85,5)	
Son Doğum Şekli ***	15 (11,0)	121 (89,0)	136 (59,9)	
Vajinal Doğum				20.807; <0.001
Sezaryen Doğum	34 (37,4)	57 (62,6)	91(40,1)	
Toplam	49 (21,6)	178 (78,4)	227(100,0)	

*:Satır toplamına göre, **:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 5'te obez olan ve olmayan kadınların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt alanlarından 'Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Yaşamsallık, Sosyal İşlev, Mental Rol Ve Mental Sağlık' puan ortalamalarının dağılımına ait bulgulara yer verildi. Obes olan gebelerin SF-36'nın tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları obez

olmayan gebelere göre daha düşük bulundu. Ancak, Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Yaşamsallık ve Sosyal İşlev alanları ile obezite durumu ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Obes olan ve olmayan kadınların Mental Rol ve Mental Sağlık alanlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 4. Obes Olan ve Olmayan Gebelerin Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımları

Beslenme Alışkanlıklarına Ait Özellikler	Obesite			Test Değeri (χ^2 ; p)
	Var n (%)*	Yok n (%)*	Toplam n (%)**	
Öğün Atlama Alışkanlığı				
Var	38 (39,6)	58 (60,4)	96 (24,0)	34.211; <0.001
Yok	37 (12,2)	267 (87,8)	304 (76,0)	
Hızlı Yemek Yeme Alışkanlığı				
Var	56 (45,5)	67 (54,5)	123 (30,7)	81.086; <0.001
Yok	19 (6,9)	258 (93,1)	277 (69,3)	
Gece Yemek Yeme Alışkanlığı				
Var	38 (38,8)	60 (61,2)	98 (24,5)	32.449; <0.001
Yok	37 (12,3)	265 (87,7)	302 (75,5)	
Yağlı Yemek Yeme Alışkanlığı				
Var	6 (25,0)	18 (75,0)	24 (6,0)	Fisher; 0.420
Yok	69 (18,4)	307 (81,6)	376 (94,0)	
Ayaküstü Beslenme Alışkanlığı				
Var	46 (46,9)	52 (53,1)	98 (24,5)	65.274; <0.001
Yok	29 (9,6)	273 (90,4)	302 (75,5)	
Toplam	75 (18,8)	325 (81,2)	400(100,0)	

*:Satır toplamına göre, **:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Tablo 5. Obes Olan ve Olmayan Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Boyutları	Obesite		Test Değeri t; p
	Var (n=75) Ortalama \pm Sd	Yok (n=325) Ortalama \pm Sd	
Fiziksel Fonksiyon	36,07 \pm 27,68	71,14 \pm 27,08	10,066; <0.001
Fiziksel Rol	29,33 \pm 37,75	57,77 \pm 43,43	5,232; <0.001
Ağrı	48,47 \pm 20,48	63,46 \pm 24,71	4,880; <0.001
Genel Sağlık Algısı	47,00 \pm 23,85	66,23 \pm 18,19	7,747; <0.001
Yaşamsallık	34,18 \pm 16,96	48,28 \pm 17,70	6,295; <0.001
Sosyal İşlev	60,33 \pm 25,86	75,92 \pm 26,02	4,682; <0.001
Mental Rol	54,22 \pm 45,45	58,67 \pm 43,64	0,789; 0,431
Mental Sağlık	62,83 \pm 17,74	65,77 \pm 18,99	1,221; 0,223

Tartışma

Çağımızın önemli bir sağlık sorunu olan obezitenin, tüm dünyada olduğu gibi toplumumuzda da sıklığı giderek artmaktadır. Gebelik öncesi obezite, maternal ve neonatal morbidite ve mortalite için bağımsız bir risk faktörüdür.¹⁵⁻¹⁷ Driul ve ark. yaptığı çalışmada

gebelik öncesi obezite prevalansı %5.5, Ugwuja ve ark. yaptıkları çalışmada obezite sıklığının %17.2 ve morbid obezite %5.4, İngiltere'de 2006 yılında gebe kadınlarla yapılan bir çalışmada %18.5, Susan ve ark. New York ve 26 eyalette yaptıkları çalışmada ise %13.9 ile

28.9 arasında değişen sıklıklarda olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda gebe kadınlarda obezite sıklığı %18,8 olarak bulunmakta olup, literatürde yer alan çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.^{4,7,9,18,19}

Obezite, farklı sistemleri etkileyen birtakım kronik hastalıklarla ilişkilidir. Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, metabolik/endokrin hastalıklar, osteoartrit, lumbalji, respiratuar hastalıklar, bazı kanserler ve psikososyal hastalıkların nedeni olarak belirtilmektedir.¹⁹. Yine bazı kronik hastalıkların ve bunların tedavisinde kullanılan ilaçların obezite nedeni olabileceği belirtilmektedir.¹⁹⁻²¹ Araştırma grubumuzu oluşturan kadınlar arasında kronik hastalığı olanlarda obezite sıklığı daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Yapılan bazı çalışmalarda da kronik hastalığı olan kadınlarda obezite sıklığının daha fazla olduğunu rapor edilmiştir.^{20,22-24}

Obezite doğurganlığı da olumsuz etkileyebilir. Kadınlarda obezitenin erken dönemde ortaya çıkması menstrüasyon düzensizliklerine, kronik oligo-anovülasyona ve erişkin yaşta infertiliteye yol açtığı bildirilmektedir.²⁵ Aşırı yağ dokusunun nöroendokrin sistem üzerinde olumsuz etkisi olduğu, bunun da insülin rezistansı (IR) ve hiperandrojenizmi artırıp seks hormonunun işlevlerini bozduğu düşünülmektedir. Seks hormonu işlevlerindeki değişimler gebeliğin oluşumunu ve implantasyonu engelleyebilmektedir.²⁶ Çalışmamızda infertilite tedavisi gören gebelerde obezite sıklığı daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Nohr ve ark. yaptıkları çalışmalarda da infertilite tedavisi gören gebe kadınlarda obezite sıklığının daha yüksek bulunduğu rapor edilmiştir.²⁷ Burstein ve ark. da fertilité tedavisinin maternal obezite ile ilişkili olduğunu bildirmektedir.²⁸ Bu araştırmadan farklı olarak Ventura ve Gatt'ın çalışmasında, yardımcı üreme teknikleri kullanımı ve gebelik öncesi obezite durumu arasında önemli bir ilişki bulunmadığı belirtilmektedir.²⁹

Doğum sayısı, yaşla birlikte obezite üzerinde etkilidir. Özellikle üçüncü doğumdan sonra gebeliğin vücut ağırlığına etkisi artmaktadır. Doğum sonrası birinci yılda, gebelik öncesi döneme göre 1.5 kg bir artış görülmektedir. Gebelikte fazla kilo alınması doğumdan sonra bu kiloların daha kalıcı olmasına neden olmaktadır. Bu kilo artışında yaşam tarzındaki değişiklikleri, sürekli evde kalma ve sigaranın bırakılması gibi faktörlerin etkili olabileceği de düşünülmektedir.²⁶ Çalış-

mada canlı doğum sayısı iki ve daha fazla olan (multipar) kadınlarda obezite sıklığı daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Yapılan diğer çalışmalar da çalışmamız ile benzerlik göstermekte olup, multipar kadınlarda fazla kiloluluk, obezite ve morbidobezite sıklığını daha yüksek bulduklarını belirtmektedir.^{18,29,30}

Çalışmamızda son doğum şekli sezaryen doğum olan kadınlarda obezite sıklığı daha yüksek olarak saptandı ($p<0.05$). Sheiner ve ark., Leung ve ark., McIntyre ve ark., Hauger ve ark. da önceden sezaryen doğum yapmış olan gebe kadınlarda obezite sıklığını daha yüksek olduğunu belirlerken, çalışmamızdan farklı olarak Tosson ve Hussaini ise önceden sezaryen doğum yapmış olan gebe kadınlarda obezite sıklığını daha az bulduklarını belirtmektedir.³¹⁻³³ Gebeliğin başlangıcındaki obezite ve gebelik boyunca komplikasyonlar gebeliğin ileri evrelerinde yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilemektedir. Obez gebelerde depresyon, beden imajında bozulma, benlik saygısında azalma ve sosyal izolasyon gibi psiko-sosyal problemler daha fazla görülür. Maternal obezitenin artan hipertansif bozukluklar, DM, infeksiyonlar gibi gebeliği olumsuz etkileyecek sonuçlara neden olması, gebe kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Fakat gebelik öncesi kilo durumu ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az araştırma mevcuttur.³⁴ Çalışmamızda obez kadınların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Yaşamsallık ve Sosyal İşlev alanlarından aldıkları puanlar obez olmayan gebelere göre daha düşük bulundu. Kadınların Mental Rol ve Mental Sağlık alanlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Amador ve diğerlerine göre; gebeliğin başlangıcında ve üçüncü trimesterinde obez kadınların fiziksel ve mental komponent alanlarından aldıkları puanların obez olmayanlara göre daha düşük olduğu bildirilmektedir.³⁴ Amador ve Guizar ise; gebeliğin ilk trimesterinde obez kadınların mental komponent alanından aldıkları puanların daha düşük olduğunu fakat fiziksel komponent alanından aldıkları puanlar arasında önemli bir fark olmadığını ifade etmektedir.³⁵ Larsson ve diğerlerinin çalışmasına göre; obez kadınların obez olmayanlara göre SF- 36 ölçeğinin Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Yaşamsallık ve Sosyal Fonksiyon alanlarından aldıkları puanların daha düşük olduğunu, fakat Fiziksel

Rol, Mental Rol ve Mental Sağlık alanlarından aldıkları puanlar arasında bir ilişki bulunamadığı belirtilmektedir.³⁶ Tsai ve diğerleri ise; obez kadınların SF- 36 ölçeğinin Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol ve Ağrı alanından aldıkları puanların daha düşük olduğunu, fakat diğer alanlarda obezler ve obez olmayanlar arasında puan ortalamaları açısından fark bulamadıklarını ifade etmektedir.³⁷

Sonuçlar

Doğurganlık çağındaki kadınlarda obezite önemli bir sağlık problemidir. Gebeliğe obez olarak giren kadınların yaşam kalitesinin fiziksel alanının mental alandan daha fazla etkilendiği bulunmuştur. Obezite, gebelerin yaşam kalitesini etkilemektedir. Araştırmada, SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeğinin alt boyutları ile obez olma durumu arasında istatistiksel fark olduğu belirlenmiştir. Çalışmada yaş arttıkça obezite sıklığının da arttığı saptanmıştır.

Gebelik planlayan obez kadınlar için, kilo verilmesi ya da kilonun kontrol altına alınması için prekonsepsiyonel bakım alınmasının sağlanması, kilo vermeye yönelik beslenme ve egzersiz programlarının gebelik öncesi dönemde planlanması, gebelik süresince komplikasyonları erken tanılamak ve önlemek için hem gebenin hem de fetüsün her prenatal bakımda değerlendirilmesi, gebelik süresince gebenin kilo ve diyetinin takip edilmesi, gebe ve ailesi ile etkili iletişimin sağlanması, gebelik öncesinde ve doğum öncesinde gebeye oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgi verilmesi, obezite ve gebelik ile ilgili araştırmaların daha fazla örneklem grubuyla yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Global Strategy on Diet Physical Activity and Health, 2008.
2. Gümüşler A. Rize Çayeli İlçesindeki Lise Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Beslenme Alışkanlıkları [Yüksek Lisans Tezi]. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon, Türkiye, 2006.
3. Katzmarzyk PT. The Canadian Obesity Epidemic: An Historical Perspective. Obesity Research, 2002;10(7):666-674.
4. Khashan AS, Kenny LC. The Effects of Maternal Body Mass Index on Pregnancy Outcome. Eur J Epidemiol, 2009;24:697-705.

5. Duvekot JJ. Prepregnancy and Obesity: Practical Implications. Eur Clinics Obstet Gynaecol, 2005;1:74- 88.
6. Yücel N. Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, 2008.
7. Driul L, Cacciaguerra G, Citossi A, Della-Martina M, Peresini L, Marchesoni D. Prepregnancy Body Mass Index and Adverse Pregnancy Outcomes. Arch Gynecol Obstet, 2008;278:23- 26.
8. Smith SA, Hulsey T, Goodnight W. Effects of Obesity on Pregnancy. JOGNN, 2008;37:176-184.
9. Chu SY, Kim SY, Bish CL. Prepregnancy Obesity Prevalence in The United States 2004-2005. Matern Child Health J, 2009;13:614-620.
10. Apay SE, Kılıç M, Pasinlioğlu T. Obez Gebelerde Doğum Eylemi ve Doğum Sonu Dönem. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010;9(2):151- 156.
11. Aydın C, Baloğlu A, Yavuzcan A, İnci A. The Effect of Body Mass Index Value During Labor on Pregnancy Outcomes in Turkish Population (Obesity and Pregnancy Outcomes). Arch Gynecol Obstet, 2010;281:49-54.
12. Acaray A, Pınar R. Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2004;8(1):1-11.
13. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Reliability and Validity of The Turkish Version of Short- Form (SF- 36). Turkish J Drugs Therapy, 1999;12:102-106.
14. Guelinckx I, Devlieger R, Beckers K, Vansant G. Maternal obesity: Pregnancy Complications, Gestational Weight Gain and Nutrition. Wiley Online Library, 2008;9(2):140-150.
15. DüNDAR Ö, Çiftınar T, Tütüncü L, Ergür AR, Atay MV, Müngen E. Gebelik Öncesi Maternal Vücut Kitle İndeksinin Perinatal Sonuçlara Etkisi. Perinatoloji Dergisi, 2008;16(2):43- 48.
16. Mannucci E, Petroni ML, Villanova N, Rotella CM, Apolone G, McIntyre HD et al. Overweight and Obesity in Australian Mothers: Epidemic or Endemic?. MJA, 2012;196:184-188.
17. Krishnamoorthy U, Schram CM, Hill SR. Maternal Obesity in Pregnancy: Is it Time

- For Meaning Ful Research To Inform Preventive and Management Strategies?. BJOG, 2006;113(10):1134-1140.
18. Ugwuja E I, Akubugwo EI, Obidoa O, Ibiom AU. Maternal BMI During Pregnancy: Effect on Trace Elements Status and Pregnancy Outcomes. International Journal of Health Research, 2010;3(2):71-78.
 19. Gülcan E, Özkan A. Obezite. D.P.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2006;10:185-194.
 20. Koruk İ, Şahin TK. Konya Fazilet Uluşık Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Ev Kadınlarında Obezite Prevalansı ve Risk Faktörleri. Genel Tıp Dergisi, 2005;15(4):147-155.
 21. Işık NB. Diyarbakır Silvan İlçesi Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniğine Herhangi Bir Sebepile Başvuran Hastalarda Obezite-Beslenme Durumu ve Kan Lipid Profili Arasındaki İlişkinin Araştırılması [Yüksek Lisans Tezi]. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, 2010.
 22. Okyay P, Uçku R. İzmir’de Kentsel Bir Bölgedeki Doğurgan Çağdaki Kadınlarda Şişmanlık Prevalansı ve Risk Faktörleri. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2002;3(3):5- 12.
 23. Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Transition from Overweight to Obesity Worsens Pregnancy Outcome in a BMI-dependent Manner. Obesity, 2006;14(1):165-171.
 24. Nazlıcan E. Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20- 64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi [Uzmanlık Tezi]. Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana, Türkiye, 2008.
 25. Pasquali R, Patton L, Gambineri A. Obezite ve İnfertilite, Current Opinion in Endocrinology. Diabetes & Obesity, 2008;3(1):10- 16.
 26. Apay SA, Pasinlioğlu T. Obezite ve Gebelik. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2009;8(4):345- 350.
 27. Nohr EA, Bech BH, Davies MJ, Frydenberg M, Henriksen B, Olsen J. Prepregnancy Obesity and Fetal Death. Obstetrics & Gynecology, 2005;106(2):250-259.
 28. Burstein E, Levy A, Mazor M, Witnitzer A, Sheiner E. Pregnancy Outcome Among Obese Women: A Prospective Study. Amer J Perinatol, 2008;25(9):561-566.
 29. Ventura CS, Gatt M. Short-Term Obstetric Outcomes in Obese Maltese Women. Int J Diabetes & Metabolism, 2006;4:88-91.
 30. Kungobol A, Phupong V. Pregnancy Obesity and The Risk of Gestational Diabetes Mellitus. BMC Pregnancy and Childbirth, 2011;11(59):1471-2393.
 31. Sheiner E, Levy A, Menes TS, Silverberg D, Katz M, Mazor M. Maternal obesity as an Independent Risk Factor for Caesarean Delivery. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 2004;18:196-201.
 32. Leung TY, Leung TN, Sahota DS, Chan OK, Chan LW, Fung TY et al. Trends in Maternal Obesity and Associated Risks of Adverse Pregnancy Outcomes in a Population of Chinese Women. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2008;115:1529-1537.
 33. Tosson MM, Al-Hussaini TK. The Impact of Maternal Obesity on Pregnancy Outcome at Assiut University Hospital. Ass. Univ. Bull. Environ. Res, 2005;8(2):1-11.
 34. Amador N, Juarez JM., Guizar JM, Linares B. Quality Of Life in Obese Pregnant Women: A Longitudinal Study. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2008;203-204.
 35. Amador-Licona N, Guizar-Mendoza JM. Day Time Sleepiness and Quality of Life: Are They Associated in Obese Pregnant Women?. Arch Gynecol Obstet, 2012;285:105-109.
 36. Larsson U, Karlsson J, Sullivan M. Impact of Over Weight and Obesity on Health-related Quality of Life-a Swedish Population Study. International Journal of Obesity, 2002;26(3):417.
 37. Tsai WL, Yang CY, Lin SF, Fang FM. Impact of Obesity on Medical Problems and Quality of Life in Taiwan. American Journal of Epidemiology, 2004;160(6):557-565.
 38. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Kasım 2014.

Hemşirelik Öğrencilerinin Ahlaki Duyarlılıklarının İncelenmesi

The Moral Sensibility of Nursing Students

Türkan KARACA^a

ÖZET Amaç: Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin ahlaki duyarlılıklarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı desende yapıldı. **Yöntem:** Araştırmanın evreninde 2015–2016 eğitim ve öğretim yılında ve bahar dönemi'nde sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümünde kayıtlı 322 öğrenci yer aldı. Çalışmanın örneklemini araştırmaya ilişkin bilgi aldıktan sonra kendi rızasıyla araştırmaya katılan ve veri toplama araçlarını tam olarak dolduran 281 öğrenci oluşturdu. Araştırmada veriler Kişisel Bilgi Formu ve Ahlaki Duyarlılık Anketi kullanılarak toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, ortalama, minimum, maksimum ve yüzdelik hesaplarından yararlanıldı. **Bulgular:** Araştırmadan elde edilen bulgulara göre hemşirelik öğrencilerin anket puan ortalamalarının 124.20 ± 31.40 olduğu saptandı. Ayrıca araştırmada elde edilen sonuçlara göre, ahlaki duyarlılık anketi ile öğrencilerin sınıfları, sosyo-ekonomik düzeyleri, hemşirelik bölümünden memnuniyetleri, etik dersi alma ve etikle ilgili yayın takip etme durumları, etik ikilem yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. **Sonuç:** Hemşirelik öğrencilerinin ahlaki duyarlılığının artırılması ve buna bağlı olarak etik sorunların farkına varma ve çözümünün bulunulabilmesi için, mezun olmadan önce ve sonra etiğe ilişkin eğitim programlarının geliştirilmesi ve bu konuda daha fazla araştırma yapılması öneriler arasındadır. **Anahtar Kelimeler:** Ahlaki duyarlılık, Hemşirelik eğitimi, Öğrenci hemşire

ABSTRACT Purpose: This study was carried out as a descriptive study to determine the moral sensibility of nursing students. **Method:** The population of study consisted 264 nursing students who enrolled in vocational courses during the spring semester at School of Health Sciences Nursing Department. The study was carried out with 281 nursing students who were informed by researcher voluntarily participated and completely filled the Moral Sensibility Scale. Data was collected by Demographical Characteristics Form and Moral Sensibility Scale. Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Median and Percentages were used for analysis. **Results:** According to findings from study, the average scores of the students were obtained 124.20 ± 31.40 . Students' class, socio-,economic status, satisfaction from nursing department, taking of ethic lesson and following of publications related ethics had statistical significance between Moral Sensibility Scale. **Conclusion:** In order to increase the level of moral sensibility of nurses and thus to recognize and solve ethical problems, it is suggested to plan undergraduate and postgraduate education programs.

Key words: Moral sensibility, Nurse education, Nurse students

Giriş

Hasta bakımındaki ilerlemeler, dünyadaki global değişimler sağlık uygulamalarına yansımakta ve duruma bağlı olarak her geçen gün etiğe duyulan gereksinim artmaktadır.¹ Etik, hangi davranışın iyi ve kötü olduğunu, doğru ve yanlış davranışları inceler.² Diğer bir deyişle etik, bireyin davranışlarına esasını oluşturan ahlak ilkelerin bütünüdür.^{2,3} Etik ikilemde kalmak ise bir eylem esnasında yargıda bulunulması gereken durumlarda iki değer arasında karmaşa olmasıdır.⁴ Günlük hayatta birçok etik ikilem ile karşılaşmakta ve ikilemler karşısında verilen kararlar da toplum üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır. Bu durum etik duyarlılığın ve ahlaki değerlerin gelişmiş olduğu bir sağlık hizmeti sunumuna gereksinim olduğunu ortaya

koymaktadır.⁵ Ahlaki değerler, nesnelere, insanları, düşünceleri, durumları ve hareketleri doğru, yanlış, istenilen, istenmeyen ve bunun gibi yargılarımızı oluşturan kabullerimizi ifade eder.⁶

Eğitimde ahlaki değerlerin öğretimi geçmişte de üzerinde durulan bir konudur. Tarihin tüm dönemlerinde ve dünyanın her yerinde tartışılmıştır.⁷ Platon, ahlak eğitiminin okullarda verilmesi gerektiğini düşünmüş ve aklını kendisi ve diğerleri için de kullanabilen vatandaşlar yetiştirmeye odaklanmıştır.⁸ Kirschbaum⁹ göre, ahlak eğitimi tüm vatandaşlara ahlaklı olmaya yönelik bilgi, inanç, tutum ve davranış ilkelerini kazandırmalıdır. Ahlaki eğitimin temel amacı, bireylerin ahlaki değerleri

Geliş Tarihi/Received:06-06-2017/ **Kabul Tarihi/Accepted:** 04-10-2017

^a Yrd.Doç.Dr. Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Adıyaman Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Adıyaman, e-mail: turkan_20051@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0002-8603-5460

Sorumlu yazar /Correspondence: Yrd.Doç.Dr. Türkan Karaca, Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü e-mail: turkan_20051@hotmail.com,

üzerinde düşünmesi ve değerleriyle iç içe davranışlar göstermesidir.¹⁰ Ahlaki gelişimin, eğitim süreci içinde gelişme gösterip göstermediği önemli bir konudur.¹¹ Sınıf düzeylerini dikkate alarak yapılan çalışmalarda, eğitim basamakları ilerledikçe, ahlaki yargılarda daha üst düzeyde kararlar alındığı gözlenmektedir.¹²⁻¹⁴

Literatür incelendiğinde, hemşirelerin farklı klinik uygulama alanlarında birçok etik ikilem ve ahlaki karar almayı gerektiren durumlarla karşılaştığını saptayan çalışmalar mevcuttur.¹⁵⁻¹⁸ Nathaniel¹⁸ yaptığı çalışmada, hemşirelerin en az 1/3'ünün ahlaki sıkıntı yaşadıklarını saptamıştır. Redman ve Fry⁴ ise, hemşireler tarafından algılanan ahlaki konuları ve ahlaki çatışma alanlarını incelemiş ve hemşirelerin, etik çatışmayı ahlaki bir sıkıntı olarak deneyimlediklerini belirlemiştir.

Hemşirelik öğrencilerinin ileride gelişmiş ahlaki duyarlılığa sahip birer hemşire olabilmeleri için öncelikle kendilerinin duyu, inanç ve değerlerinin farkında olması ve sağlık sisteminin getirdiği etik ikilemlerle baş etme becerisi kazandıran bir eğitim programından geçmeleri gerekmektedir. Literatür incelendiğinde, hemşirelik öğrencilerinin ahlaki duyarlılıklarını belirlemeye yönelik sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu doğrultuda araştırma; orta öğretimden gelmiş hemşirelik öğrencilerin ahlaki duyarlılıklarını ortaya koymak, ahlaki duyarlılıkları ile ilişkili faktörleri belirlemek, çalışan ve öğrenimine devam eden sağlık çalışanlarına kaynak oluşturmak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metod

Araştırmanın Amacı

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin ahlaki duyarlılıklarının ve ilişkili faktörlerin incelenmesi nedeniyle tanımlayıcı desende yapıldı.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evreninde 2015–2016 Eğitim ve Öğretim Yılında ve Bahar Dönemi'nde Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde kayıtlı 322 öğrenci yer aldı. Çalışmanın örneklemini araştırmaya ilişkin bilgi aldıktan sonra kendi rızasıyla araştırmaya katılan ve veri toplama araçlarını tam olarak dolduran 281 öğrenci oluştu.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler kişisel bilgi formu ve Ahlaki Duyarlılık Anketi kullanılarak toplandı.

Kişisel özellikler formu, öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerini saptamak amacıyla belirlenmiş toplam 15 soru içermektedir Tanıtıcı özellikler formunda, öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, çalışma durumları, hemşirelik bölümünü isteyerek tercih etme durumları, bölümden memnuniyetleri, etik ile ilgili ders alma durumları ve etik ikilem yaşama sıklıkları sorgulanmıştır.

Ahlaki Duyarlılık Anketi, ahlaki duyarlılığı değerlendirmek için Kim Lutzen tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Türkiye'de ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini 2005 yılında Tosun¹⁹ yapmış ve ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.84 olarak saptanmıştır. Yedili likert olarak derecelendirilen 30 madde ve altı alt boyuttan (Otonomi, Yarar Sağlama, Bütüncü Yaklaşım, Çatışma, Uygulama, Oryantasyon) oluşan ölçeğin toplam puanı 30-210 aralığında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan ahlaki olarak düşük duyarlılığı, düşük puan ise ahlaki olarak yüksek duyarlılığı göstermektedir.¹⁹

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma öğrencilerin eğitim-öğretim yılının ilgili güz döneminin son haftası (14. Hafta) yürütülmüştür. Öğrencilere öğrenim gördükleri sınıflarda veri toplama formları dağıtılmadan önce araştırmaya ilişkin bilgiler verilmiştir. Daha sonra kendi rızasıyla araştırmaya katılmaya kabul eden aydınlatılmış yazılı onam formunu doldurmaları istenmiştir. Aydınlatılmış yazılı onam formunu dolduran öğrencilere kişisel özellikler formu, Ahlaki Duyarlılık Anketi birlikte verilmiş ve ilgili formları eksiksiz doldurmaları istenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 16 istatistik paket programından yararlanılmıştır. Araştırmada anketten alınan puanlar bağımlı değişkenleri, tanıtıcı özellikler formunda yer alan veriler ise bağımsız değişkenleri göstermektedir. İki bağımsız grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Ayrıca, verilerin analizinde yüzdelik hesapları, ortanca, minimum, maksimum kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan (2016-4/16) ve okul yönetiminden yazılı izin alınmıştır.

Araştırmaya kendi rızasıyla katılan öğrencilerinden yazılı onam alınmış ve araştırmada veri toplama formlarına kimlik bilgilerini yazmamaları istenmiş ve öğrencilerin gizliliği sağlanmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyolojik, demografik ve etik ile ilgili özellikleri Tablo 1’de görülmektedir. Büyük çoğunluğu 21-24 yaş aralığında olup, tamamına yakını bekar (%96.7), %51.9’u genel lise mezunudur. %54.4’ü hemşirelik Bölümünü isteyerek tercih ettiğini, %40.5’i okuduğu bölümden memnun olduğunu belirtmiştir. %92.5’i hemşire olarak herhangi bir yerde çalışmamaktadır. Öğrencilerin yarısı (%53.3) etik ile ilgili her hangi bir ders aldığını ve sadece %18.1’i etik ile ilgili bir süreli yayını takip ettiğini ve çoğu öğrenci (%64.4) etik ikilem yaşadığını belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Özellikleri

Tanıttıcı Özellikler (n=281)	Sayı	%
Mezun olunan okul		
Genel Lise	146	51.9
Anadolu Lisesi	94	33.4
Sağlık Meslek Lisesi	22	7.9
Süper Lise	19	6.8
Çalışma durumu		
Hayır	260	92.5
Evet	21	7.5
Hemşirelik bölümünü tercih durumu		
İsteyerek	152	54.4
İstemeyerek	129	45.6
Hemşirelik bölümünden memnuniyet durumu		
Memnunum	114	40.5
Memnun değilim	93	33.0
Kararsızım	54	26.5
Etik ile ilgili ders alma durumu		
Evet	150	53.3
Hayır	131	47.7
Etik ile ilgili yayın takip etme durumu		
Evet	51	18.1
Hayır	230	81.9
Etik ikilem yaşama durumu		
Evet	181	64.4
Hayır	100	35.6

Öğrencilerin ahlaki duyarlılık anketinden aldıkları puan ortalamaları 124.20 ± 30.6 , medyan değeri 118 ve en düşük puan 30, en yüksek puan 208’dir (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

Ahlaki Duyarlılık Alt Boyutları	Ort±S	Medyan	Min-Max
Otonomi	27.62±8.81	28	7-49
Yarar Sağlama	15.82±4.91	16	4-28
Bütüncül Yaklaşım	15.48±5.58	15	5-28
Çatışma	13.99±3.69	13	3-21
Uygulama	15.49±4.72	16	4-28
Oryantasyon	14.63±6.29	15	4-28
Ahlaki Duyarlılık Anketi	124.2±31.4	118	30

Öğrencilerin okudukları sınıf, ahlaki duyarlılık puan medyanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemektedir ($p=0.011$). Dördüncü sınıfta yer alan öğrencilerinin anket puan medyanı tüm sınıflar içinde en düşük değere (98.5) sahiptir ve yapılan ileri analizde ise anlamlı farkı yaratan grubun dördüncü sınıf olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Yaş gruplarına öğrencilerin ahlaki duyarlılık anketi puan medyanlarının yaşlara göre anlamlı olmadığı görüldü ($p=0.826$) (Tablo 3). Anket puan medyanı en düşük olan grup (104.00) 23 yaş ve üzeri iken, 19 yaş ve altında yer alan öğrenciler ise en yüksek anket puan medyanına (114.00) sahiptir.

Sosyo-ekonomik düzeye göre ahlaki duyarlılık anketi puan medyanlarına göre yapılan istatistiksel değerlendirmede ekonomik düzeyler arasında fark vardır ($p=0.049$) (Tablo 3). Ekonomik durumu orta olan öğrencilerin anket puan medyanları 116.5 iken, yüksek olan öğrencilerin anket puan medyanları 111.0’dır. Hemşirelik bölümünde okumaktan memnun olan öğrencilerin anket puan medyanları (111.0) memnun olmayan (123.0) ve kararsız (121.5) öğrencilerin anket puan medyanlarından istatistiksel anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü ($p=0.043$) (Tablo 3). Etik ile ilgili herhangi bir ders alan öğrencilerin anket puan medyanları (110.0) almayan öğrencilerin anket puan medyanlarına göre (123.0) istatistiksel

Tablo 3. Ahlaki Duyarlılık Anketi Puan Medyanlarının Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=281)

	Tanıtıcı Özellikler	N	Medyan	Min- Max.	İstatistiksel Değerlendirme
Sınıf	1.Sınıf	43	105.50	29 - 203	$X^2=9.905$ $P=0.011$
	2.Sınıf	82	112.00	73- 179	
	3.Sınıf	60	113.00	77 -178	
	4.Sınıf	96	98.50	58-155	
Yaş grupları	19- altı yaş	108	114.00	29-203	$X^2=0.157$ $P=0.826$
	20- 22 yaş	119	112.00	58-179	
	23- üstü yaş	54	104.00	69-164	
Sosyo-ekonomik Düzey	Düşük	36	125.50	29 -180	$X^2=1.599$ $P=0.049$
	Orta	208	116.50	58 - 203	
	Yüksek	37	111.00	58 -203	
Mezun olunan okul	Genel Lise	146	115.00	58-203	$X^2=0.617$ $P=0.892$
	Anadolu Lisesi	94	113.00	29-203	
	Sağlık Meslek Lisesi	22	111.00	68-137	
	Süper Lise	19	101.00	77-144	
Hemşirelik bölümünü tercih etme durumu	İsteyerek	152	115.00	29-193	$Z=-0.307$ $P=0.769$
	İstemeyerek	129	117.50	58- 172	
Hemşirelik bölümünden memnuniyet durumu	Memnun	114	111.00	29-203	$X^2=5.892$ $P=0.043$
	Memnun değilim	93	123.00	81-180	
	Kararsızım	54	121.50	58-156	
Etik ile ilgili ders alma durumu (n=153)	Evet	50	110.00	29-203	$Z=-1.526$ $P=0.030$
	Hayır	103	123.00	58-178	
Etik ile ilgili yayın takip etme durumu	Evet	21	112.00	77-155	$Z=-0.718$ $P=0.049$
	Hayır	132	119.00	29-203	
Etik ikilem yaşama durumu	Evet	66	112.00	69-178	$Z=-1.283$ $P=0.016$
	Hayır	87	128.00	29-203	

anlamli olarak daha düşük değere sahiptir ($p=0.03$) (Tablo 3).

Yapılan istatistiksel değerlendirmede öğrencilerin ahlaki duyarlılık anketi puan medyanlarının hemşirelik bölümünden memnuniyet durumlarına göre farklı olduğu görüldü ($p=0.043$) (Tablo 3).

Etik ile ilgili herhangi bir süreli yayını takip eden öğrencilerin anket puan medyanları (112.0) takip etmeyen öğrencilerin anket puan

medyanlarından (119.0) daha düşük değere sahiptir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede öğrencilerin ahlaki duyarlılık anketi puan medyanlarından herhangi bir süreli yayını takip etme durumuna göre anlamli olduğu görüldü ($p=0.049$) (Tablo 3). Etik ikilem yaşayan öğrencilerin anket puan medyanları (112.0) yaşamayan öğrencilerin anket puan medyanlarından (128.0) daha düşük değere sahiptir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede öğrencilerin ahlaki

duyarlılık anketi puan medyanları etik ikilem yaşama durumlarına göre farklı olduğu bulundu ($p=0.016$) (Tablo3).

Tartışma

Ahlaki duyarlılık anketinden alınabilecek en yüksek puanın 230, en düşük puanın 30 olduğu ve puan düşüğe ahlaki duyarlılığın arttığı düşünüldüğünde, öğrencilerin puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu (124.2) görülmektedir. Ahlaki duyarlılık anketi kullanılarak yapılan çalışmalar incelendiğinde, Eraydın ve Albayrak²⁰ (2015) tarafından bir üniversitenin hemşirelik bölümlerinde okuyan öğrencileri ile yapılan çalışmada öğrencilerin anket puan ortalamaları benzer şekilde (111.8) olduğu saptandı. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada ise öğrencilerin ahlaki duyarlılık anketi puan ortalamaları 85.93 olarak bulunmuştur.²¹ Bu durum hemşirelik öğretim müfredatlarının benzer olmasına karşın öğretimi etkileyen diğer faktörlerin (öğretici özellikleri, araç-gereçlerin durumu, öğrenenlerin hazır oluşluk düzeylerinin farklı olması vb.) bu çalışmaların yapıldığı kurumlarda daha iyi düzenlenmesinden kaynaklanabilir.

Dördüncü sınıfta yer alan öğrencilerinin anket puan medyanları tüm sınıflar içinde olup en düşük değere (98.50) sahiptir. Öğrencilerin okudukları sınıf, ahlaki duyarlılık puan medyanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemektedir ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde ise anlamlı farkı yaratan grubun dördüncü sınıf olduğu bulundu. Birinci sınıfta yer alan hemşireliğe giriş dersi öğrencilerin ilk karşılaştıkları mesleğe özgü ders olma özelliğindedir. Hemşireliğe giriş ders programı içeriği ağırlıklı olarak hasta güvenliği ve mahremiyeti, hasta onamı, hasta hakları gibi temel kavramlara yönelik bilgi ve uygulamaları içermektedir. Dolayısıyla öğrencilerin edindikleri bilgiler doğrultusunda ahlaki duyarlılıklarının gelişmiş olması düşünülebilir. Dördüncü sınıf ise son sınıf olup ve bu döneme gelinceye kadar öğrenciler gerek temel dersleri (Hemşirelik Esasları, Cerrahi Hemşireliği, Psikiatri Hemşireliği v.b.), gerekse diğer dersler kapsamında (Kişiler Arası İlişkiler, Beslenme İlkeleri, Sosyoloji, Psikoloji v.b.) ahlaki duyarlılıklarını geliştirebilmelerine katkı sağlayabilecek bilgiler edinmekte ve çeşitli öğrenme ortamlarında bulunmaktadır. Bu nedenle son sınıf öğrencilerin ahlaki duyarlılıklarının daha gelişmiş olması beklenen bir sonuçtur. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan

çalışmaların bulguları da bu görüşü destekler niteliktedir.²⁰⁻²¹ Yaşın yükselmesi ile puan medyanlarında azalış olduğu görülmektedir ancak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla beraber yaş ile ahlaki duyarlılık anket puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu ve ilerleyen yaşla beraber ahlaki duyarlılığın arttığını gösteren farklı disiplinlerde yapılan çalışmalar da bulunmaktadır.²²⁻²⁵ Çalışmamızda yaş gruplarına göre hemşirelik öğrencilerinin ahlaki duyarlılıklarının farklı çıkmaması öğrencilerin yaşlarının birbirine yakın olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Öğrencilerin ekonomik düzeyi arttıkça ahlaki duyarlılık anket puan medyanlarının azaldığı ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır. Ekonomik düzeyin artmasının yaşam şartlarının yükselmesine kültürel birikimin artmasına ve dolayısıyla olaylara farklı bakış açıları geliştirilmesine neden olarak öğrencilerin ahlaki duyarlılıklarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Hemşirelik bölümünden memnuniyet durumu incelendiğinde, memnun olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı bir fark vardır. Ahlaki duyarlılık ile ilgili yapılan çalışma sonuçlarında da okuduğu bölümden memnun olan öğrencilerin ahlaki duyarlılık anket puan ortalamaları daha düşük saptandığı görülmektedir.^{19,21,23} Mesleğini isteyerek seçme ve severek yapma gibi faktörlerin olumlu sonuca yol açmasının doğal olduğu söylenebilir.

Etik dersi alan öğrencilerin anket puan medyanları almayan öğrencilerden daha düşük değerdedir ve gruplar arasında anlamlı bir fark vardır. Ahlaki duyarlılık anketi ile yapılan diğer çalışmalarda da lisans eğitiminde etik dersi alan bireylerin ahlaki duyarlılıklarının daha fazla olduğu görülmektedir.^{19,2} Bununla beraber hemşireler ve hekimlerle yapılan diğer çalışmalarda, mesleki eğitimleri esnasında etik ile ilgili bir ders alma durumlarına göre etik duyarlılığın toplam puanları açısından gruplar arasında önemli bir fark bulunmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur.^{23,25,27} Lisans eğitiminde etik öğretiminin önemi konusunda fikir birliği bulunmaktadır ancak etik öğretiminin nasıl verileceğine yönelik fikir birliğinin bulunmaması farklı sonuçların oluşmasına neden olabilir.^{28,29}

Öğrencilerin etik ile ilgili yayın takip etme durumlarına bakıldığında, etik yayın takip eden öğrencilerin sayısının oldukça az ve anket puan medyanlarının etmeyen öğrencilerden daha

düşük değerde olduğu saptandı. Bu duruma neden olarak öğrencilerin sürekli yayın takip etme alışkanlıklarının olmaması ve ekonomik sorunlar gösterilebilir.

Çalışmada etik ikilem yaşayan öğrencilerin anket puan medyanları yaşamayan öğrencilerden daha düşük değerdedir ve gruplar arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0.05$). Etik ikilem yaşama durumu mutlak doğru ya da yanlış kararların seçilemediği bir durumdur. Bu durum öğrencilerde etik kavramlar ve etik ikilem konusunda farkındalık oluşturulması gerektiğine işaret etmektedir.

Sonuçlar ve Öneriler

Çalışmada hemşirelik öğrencilerinin puanlarının orta düzeyde olduğu (124.20 ± 31.40) görülmektedir. Ayrıca araştırmada elde edilen sonuçlara göre, ahlaki duyarlılık anketi ile öğrencilerin sınıfları, sosyo-ekonomik düzeyleri, hemşirelik bölümünden memnuniyetleri, etik dersi alma ve etik ile ilgili yayın takip etme durumları, etik ikilemde kalma durumları ile istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin ahlaki duyarlılığının artırılması ve buna bağlı olarak etik sorunların farkına varma ve çözümünün bulunabilmesi için, mezun olmadan önce ve sonra etiğe ilişkin eğitim programlarının geliştirilmesi ve bu konuda daha fazla araştırma yapılması öneriler arasındadır.

Kaynaklar

1. Özcan M, Akpınar A, Ergin AB. Personal and professional values grading among midwifery students. *Nurs Ethics*, 2012; 19:3 399–407.
2. Aydın İp. Yönetmelik mesleki ve örgütsel etik. Ankara: Pegem Yayıncılık 2012.
3. Babadağ, K. Hemşirelikte etik. *Hemşirelikte Etik Bülteni*, 1991; 19:5 5-9.
4. Redman BK, Fry S. Nurses' ethical conflicts: what is really known about them, *Nursing Ethics*, 2000; 7:4 360-366.
5. Kim YS, Park JW, Son YJ. A Longitudinal Study on the Development of Moral Judgement in Korean Nursing Students. *Nursing Ethics*, 2004; 11:3 254-265.
6. Halstead J. Taylor MJ. Learning and teaching about values: a review of recent research. *Cambridge Journal of Education*, 2000; 30:2 169-202.
7. Akbaş O. Değer eğitimi akınlarına genel bir bakış. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 2008; 6:16 9-25.

8. Lickona T. Educating for character (How our schools can teach respect and responsibility). New York: Bantam Books 1992.
9. Kirschenbaum, H. 100 ways to enhance values and morality in schools and youth settings. Massachusetts: Allyn&Bacon Company 1995.
10. Dewey, J. Okulda ahlak eğitimi. (çev: A.Ferhan Oğuzkan). 1959, www.dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/40/496/5860.pdf
11. İz FB, Özsoy SA. Kohlberg'in bilişsel ahlak gelişimi kuramına göre hemşire öğrencilerin ahlaki yargı yeteneklerinin belirlenmesi. Yayınlanmamış doktora tezi İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2009.
12. Sanchez, TR. Heroes, Values, and Transcending Time: Using Trade Books to Teach Values. 1998, www.eric.ed.gov, ERIC Document No: ED 426 923.
13. Çiftçi N. Almanya ve Türkiye'deki lise öğrencilerinin ahlaki yargı yeteneklerinin karşılaştırılması. Yayınlanmamış doktora tezi İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 2001.
14. Çırak KG. Üniversite öğrencilerinin ahlaki yargı yetenekleri ve ahlaki yargı yetenekleri ile kendini gerçekleştirme düzeylerinin karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 2006.
15. Rushton CH, Scanlon, C. When values conflict with obligations: safeguards for nurses, *Pediatric Nursing*, 1995; 21 260-268.
16. Katsuhara Y. What moral requirements cause ethical dilemmas among nurse executives. *Academy of Nursing Science*, 2005; 23:3 1-10.
17. Keskin G, Yıldırım GÖ. Hemşirelerin Kişisel Değerlerinin ve İş Doyumlarının İncelenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006; 22:1 119-133.
18. Nathaniel KA. Moral Reckoning in nursing, *Western Journal of Nursing Research*, 2006; 28:4 419-438.
19. Tosun H. Sağlık bakım uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin etik duyarlılıklarının belirlenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2005.
20. Eraydın Ş, Albayrak K. Hemşirelik öğrencilerinin kişisel değerleri ve etik duyarlılıklarının incelenmesi (2015). 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencisi Kongresi.

- 21.Selçuk TK, Demir C. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin etik duyarlılık düzeyi ve etkileyen etmenler (2015). 15.Ulusal Hemşirelik Öğrencisi Kongresi.
- 22.Lutzen K, Evertson M, Nordin C. Moral sensitivity in psychiatric practice. *Nursing Ethics*, 1997; 52 76-81.
- 23.Pekcan HS. Yalova ili ve çevresinde görev yapan hekimlerin ve hemşirelerin etik duyarlılıkları. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi İstanbul:Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2007.
- 24.Dikmen Y. Yoğun bakım hemşirelerinde etik duyarlılığın incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2013; 2:1 1-7.
- 25.Tazegün A. Çocuk hemşirelerinin etik duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2013.
- 26.Gül Ş, Duru G, Kahraman B, Büken N. Etik dersi alan ve almayan hemşirelik öğrencilerinin etik karar verebilme düzeylerinin incelenmesi. *Hemar-G*, 2013; 1 23-31.
- 27.Başak T, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52 76-81.
- 28.Haigh C, Johnson M. Attitudes and values of nurse educators. An international survey. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2007;4:1 520-533.
- 29.Görgülü RS, Dinç L. Ethics in Turkish nursing education programs. *Nursing Ethics*, 2007; 14:6 741-52.

Gebelikte Sigara Kullanımının Yenidoğan Sağlığı ve Plasenta Ağırlığı Üzerine Etkileri*

The Effects of Smoking on Neonate Health and Placenta Weight During Pregnancy

Sevil GÜNAYDIN^a, Melike DİŞSİZ^b, Dilek YILDIRIM^c

ÖZ Amaç: Bu araştırma; gebelikte sigara kullanımının yenidoğan sağlığı ve plasenta ağırlığı üzerine etkilerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı-karşılaştırmalı nitelikte olan bu araştırmanın evrenini İstanbul'da, özel bir hastanede, 1 Ocak-1 Mart 2015 tarihleri arasında doğum servisine başvuran kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise; bu tarihler arasında hastanenin doğum kliniğine başvuru yapıp doğumu gerçekleştiren, çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve gebeliğinde sigara kullanan 50, sigara kullanmayan 65 kadın olmak üzere toplam 115 gönüllü lohusa oluşturmuştur. Veriler; kadınların sosyo-demografik, obstetrik özelliklerini neonatal sonuçları değerlendirmek için araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu ile toplanmıştır. Doğum eylemi gerçekleştiikten sonra plasenta ağırlığı tartılarak ölçülmüştür. Araştırmanın uygulandığı kurumdan gerekli yazılı izin ve etik kurul onayı alınmıştır. **Bulgular:** Olgu ve kontrol grupları yaş (p=0.259), eğitim durumu (p=0.725), çalışma durumu (p=0.862), gelir düzeyi (p=1.000), evlilik yaşı (p=0.498) gibi sosyo-demografik ve ortalama gebelik sayısı (p=0.188), doğum sayısı (p=0.779), düşük sayısı (p=0.587), küretaj sayısı (p=0.273), yaşayan çocuk sayısı (p=0.779) gibi obstetrik-jinekolojik özellikler açısından benzerdir. Gebeliğinde sigara kullananların günde ortalama 9,00±4,80 (min;2-max;20) tane sigara içtikleri, %76'sında ailesinden en az bir kişinin sigara içtiği belirlenmiştir. Gebeliğinde sigara içen ve içmeyen gruplar arasında bebeklerin ortalama doğum ağırlıkları (p=0.002), ortalama boy uzunluğu (p=0.040), ortalama plasenta ağırlıkları (p=0.000), açısından fark saptanmışken, ortalama baş çevresi (p=0.385), 1.dk. APGAR skoru (p=0.963), 5.dk. APGAR skoru (p=0.159) ve konjenital anomali açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. **Sonuç:** Gebeliğinde sigara kullanan kadınların bebeklerinin ortalama doğum ağırlıkları ve ortalama plasenta ağırlıkları, kullanmayan kadınlara göre daha düşük ağırlıkta olduğu belirlenmiştir. **Anahtar kelimeler:** Sigara, gebelik, yenidoğan, plasenta

ABSTRACT Aim: This research is planned for analyzing the effects on smoking during pregnancy on neonate health and placenta weight. **Method:** The population of this descriptive comparative and cross-sectional research is women who consulted the maternity ward of a private hospital in İstanbul between January 1st -March 1st 2015. The sampling of the research is 115 volunteer puerperant (50 smokers and 65 non smokers) who consulted the maternity ward of the hospital between these dates, who are eligible for the inclusion criteria of the research. The data are collected through a questionnaire which is prepared by the researchers in order to evaluate the socio-demographical, obstetrical specifications of these women and the neonatal results. After the labor the placenta weight is measured. The necessary permission and ethical committee approval is received from the institution where the research is realized. **Results:** The case and control groups are similar in socio-demographic specifications such as age (p=0.259), educational status (p=0.725), working status (p=0.862), income level (p=1.000), marriage age (p=0.498) and obstetrical-gynecological specifications such as approximate pregnancy number (p=0.188), birth number (p=0.779), miscarriage number (p=0.587), abortion number (p=0.273), alive children number (p=0.779). It is determined that the women who smoked during pregnancy, smoke approximately 9,00±4,80 (min;2-max;20) cigarettes and 76% of them have at least one person who smokes in their family. When smoker and non smoker groups are compared a difference is determined for the average weight of babies at birth (p=0.002), average height (p=0.040), average placenta weight (p=0.000), but no statistically significant difference is determined for approximate head circumference (p=0.385), 1.min. APGAR score (p=0.963), 5.min. APGAR score (p=0.159) and congenital anomaly. **Conclusion:** It is determined that the babies of the women who smoke during their pregnancy have lower average birth weight and average placenta weight than the babies of the women who don't smoke during their pregnancy. **Key words:** Cigarette, pregnancy, newborn, placenta

Geliş Tarihi/Received:23-10-2017 / **Kabul Tarihi/Accepted:**17-01-2018

^a Arş. Gör., İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İstanbul, ORCID ID:0000-0003-2539-8783

^b Yrd. Doç. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, ORCID ID:0000-0002-2947-3915

^c Ebe, Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ORCID ID: 0000-0002-6962-4706

Sorumlu yazar /Correspondence: Sevil GÜNAYDIN, Arş. Gör., İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İstanbul, e-mail: svlgunaydin@hotmail.com

*Bu araştırma 27-30 Nisan 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilen 6.Ulusal & 2.Uluslararası Ebelik Öğrencileri Kongresi'nde Sözel Bildiri olarak sunulmuştur.

Giriş

Gebelikte sigara kullanımının, zararları ve intrauterin ortamı etkilediği bilinmesi ve uzun yıllardır en kritik önlenebilir faktörlerden biri olarak gösterilmesine rağmen kadınlar gebelik süresince sigara içmeye devam etmektedir.^{1,2} Caleyachetty ve ark.'nın³ 54 ülkeyi kapsayan Nüfus ve Sağlık Araştırması sonucuna göre; gelişmekte olan ülkelerde gebelerde sigara kullanımının yüksek olduğu belirlenmiş olup ve ülkemiz için gebelerde sigara içme oranını yaklaşık %15 olduğu saptanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması⁴ (TNSA) 2008 verilerine göre; gebe kadınlar arasında sigaraya başlama yaşının ortalama 17,4 olduğu, %11,4-'ünün ise gebelik sırasında sigara kullandığı belirlenmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise gebelikte sigara içme oranları %8,6- 25,6 arasında değiştiği,⁵⁻¹³ Yurt dışında yapılan çalışmalarda ise bu oranın %2,6-18,1 arasında olduğu belirtilmiştir.^{1,2,4,14,15}

Yapılan çalışmalarda gebelik sırasında sigara kullanımının yüksek olması, sigaranın ortaya çıkarmış olduğu risklerin de artmasına neden olmaktadır.¹⁶ Sigara kullanan gebelerin plasenta ve damar yapısında değişiklikler meydana gelmektedir. Sigara kullanımı plasentadan yapısal farklılıklar yaratmanın yanı sıra plasental dokunun hasarına yol açarak plasental yetmezliğe neden olabilmektedir.^{1,17} Bu nedenle fetüse yeterli miktarda oksijen taşınmamakta ve fetüste intrauterin gelişme geriliği ortaya çıkabilmektedir.^{16,18} Gestasyon haftasına göre miyadında doğmalarına rağmen düşük doğum ağırlıklı bebekler dünyaya gelmektedir.^{12,13,16}

Gebelikte sigara kullanımı fetal kayıplara, erken membran rüptürüne, erken doğuma, yenidoğanda baş çevresinde azalmaya, ventriküler septal defekt ve orofasial yarıklar gibi doğumsal anomalilere neden olmaktadır.^{5,6,10,17} Kırımı ve Pençe¹⁹ (1999)'nin çalışmasında gebelikte sigara kullanımının plasental ağırlığı ve doğum ağırlığını olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Ayrıca sigaranın gebelik sürecindeki istenmeyen etkileri içilen sigarayla sınırlı kalmaz, ortamdaki sigara dumanından da kaynaklanır.^{1,11,12} Sigara içmediği halde pasif içiciliğe maruz kalan gebeler ve bebekler sigara içenler gibi sigara dumanından olumsuz etkilenmektedirler.^{1,4,10}

Gebelik dönemi, sigara kullanan kadınların sigarayı bırakmaları için uygun bir dönemdir.⁷ Çünkü anne adaylarının sağlıklı bir gebelik geçirebilmeleri ve doğum yapabilmeleri için, bebeklerinin sağlıklarını riske at-

maktan kaçınmaları gerekir.²⁰ Bu çalışma gebelikte sigara kullanımının yenidoğan sağlığı ve plasenta ağırlığı üzerine etkilerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tasarımı, Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, tanımlayıcı-karşılaştırmalı nitelikte olup İstanbul ilinde, özel bir hastanede, 1 Ocak-31 Mart 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Ocak-Mart 2015 tarihleri arasında hastanenin doğum kliniğine başvuran 187 gebe oluş-turmuştur. Araştırmanın örneklemini ise; bu tarihler arasında hastanenin doğum kliniğine başvuru yapıp normal spontan doğumu gerçek-leşen, çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve gebeliğinde sigara kullanan 50, sigara kullanmayan 65 kadın olmak üzere toplam 115 gönüllü lohusa oluşturmuştur. *Örnekleme dâhil olma ölçütleri;*

- Ocak-Mart 2015 tarihleri arasında hastanenin doğum kliniğine başvuran,
- Doğum eylemi başlamış olan,
- 19-49 yaş aralığında yer alan,
- Çoğul gebeliği olmayan,
- Sorulacak soruları anlayıp kavrayabilecek düzeyde Türkçe bilen,
- Çalışmaya katılmayı sözlü veya yazılı onam formu ile kabul eden kadınlar alınmıştır.

Araştırma Soruları

- Gebelikte sigara kullanımının yenidoğanın sağlığı üzerine etkisi var mıdır?
- Gebelikte sigara kullanımının plasentanın ağırlığı üzerine etkisi var mıdır?
- Gebelikte sigara kullanımının yenidoğanın sağlığı üzerine etkisi nedir?
- Gebelikte sigara kullanımının plasentanın ağırlığı üzerine etkisi nedir?
- Gebelikte sigara kullanan ve kullanmayan gebelerin yenidoğan sağlığı ve plasenta ağırlıkları arasında fark var mıdır?

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan iki soru formu kullanılmıştır. İlk form; kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini içeren 35 sorudan oluşmaktadır. Bu form araştırmacılar tarafından, doğum servisinde annelerle yüz yüze görüşülerek dolduru-

İmuştur. İkinci form; yenidoğana ait tanımlayıcı bilgileri ve yenidoğanın sağlık durumunu değerlendiren verileri (yenidoğanın cinsiyeti, gestasyon haftası, doğum ağırlığı, boyu, baş çevresi, APGAR skoru, doğum eyleminde gelişen bir sorun olup olmadığı, konjenital anomali olup olmadığı) içermektedir. Bu formdaki bilgiler araştırmacılar tarafından, annenin ve yenidoğanın servisteki hasta kayıtlarından elde edilmiştir. Araştırma verisi olarak plasentanın ağırlığı; doğum eylemi gerçekleşikten sonra yenidoğana herhangi bir müdahalede bulunulmamış olup, vajinal yolla spontan doğan plasentalar doğumdan hemen sonra, klasik terazide ağırlıkları tartılarak ölçülmüştür.

Araştırmanın Etiği

Araştırmaya başlamadan önce (Bakırköy Dr. Sadı Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 12.01.2015 tarihi ve 2015/01/04 karar numarası) etik kurul izni alınmıştır. Ayrıca araştırmanın planlama aşamasında verilerin toplanacağı kurumdan sözel ve yazılı izin (08.01.2015 tarih, 27 karar numarası) alınmıştır. Çalışmanın amaç ve içeriği kadınlara sözel olarak açıklanmış, "Gönüllü Onam Formu" nu okumaları istenmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü kadınlardan yazılı onam alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS for Windows version 21.0 programı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki-kare testi, Mann Whitney-U ve student's-t testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular

Tüm katılımcıların ($n=115$) yaş ortalamasının $27,21 \pm 4,17$, ilk evlilik yaşının $22,06 \pm 3,29$ evlilik süresinin $5,10 \pm 4,05$ yıl olduğu belirlenmiştir. Kadınların eşlerinin tümünün çalıştığı (%100) saptanmıştır. Gebeliğinde sigara içen ve içmeyen kadınların yaş, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, eş eğitim düzeyi, evlilik yaşı ve evlilik süresi gibi sosyodemografik özellikler açısından benzer olduğu gözlenmiştir. Gebeliğinde sigara içen içmeyen gruplarda yer alan gebelerin yarısından

fazlasının eğitim durumlarının 8 yıl üzerinde ve olduğu, çoğunluğunun çalışmadığı ve gelirinin giderinden az ya da denk olduğu, tamamına yakınının geniş aileye sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Çalışmaya katılan kadınların ortalama gebelik haftasının $39,53 \pm 1,12$, gebelik sayısının $1,99 \pm 1,23$, doğum sayısının $1,43 \pm 0,66$, düşük sayısının $1,29 \pm 0,58$, küretaj sayısının $1,09 \pm 0,30$, yaşayan çocuk sayısının $1,43 \pm 0,66$ ve gebelikte alınan toplam kilo ortalamasının $14,82 \pm 4,54$ olduğu belirlenmiştir.

Kadınların gebelikten önce (%16,5) ve gebelikte (%12,2) en sık yaşadıkları sağlık sorununun anemi olduğu, gebelikte birlikte hipertansiyon (%1,7) ve diyabet (%1,7) gibi sağlık sorunları yaşadıkları gözlenmiştir. Katılımcıların en çok (%19,1) anemiye yönelik ilaç kullandıkları, tümünün (%100) doğum öncesi bakım aldığı saptanmıştır.

Gebeliğinde sigara içen ve içmeyen kadınlar arasında gebelik haftası, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelikte alınan toplam kilo ortalaması, gebeliğin planlanması, gebelikten önceki ve gebelikteki sağlık sorunları, sürekli ilaç kullanma durumu ve doğum öncesi bakım (DÖB) alma durumları gibi obstetrik-jinekolojik özellikler açısından istatistiksel fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Tablo-2).

Çalışmada gebeliğinde sigara içenlerin ailesinde sigara içme oranlarının ve sağlık profesyonelleri tarafından sigara ve zararları hakkında bilgilendirilme oranları gebeliğinde sigara içmeyenlere göre anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$, Tablo-3).

Sigara içen kadınların gebelikte sigara kullanımına ilişkin bilgiyi en fazla uzman dokordan (%50), daha sonra aile hekimi (%39,3) ve ebeden aldıkları (%10,7) bulunmuştur. Gebeliğinde sigara içenlerin günde ortalama $9,00 \pm 4,80$ tane sigara içtikleri, ortalama sigara kullanım süresinin $8,76 \pm 4,07$ yıl ve sigaraya başlama yaşının $18,96 \pm 2,85$ olduğu saptanmıştır.

Gebeliğinde sigara içen ve içmeyen gruplar arasında bebeklerin ortalama doğum ağırlıkları, boy uzunlukları ve ortalama plasenta ağırlıkları açısından fark saptanmışken, bebeklerin ortalama baş çevresi, 1.dk. APGAR skoru, 5.dk. APGAR skoru ve

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Özellikler	Gebeliğinde Sigara İçen Grup (n:50)		Gebeliğinde Sigara İçmeyen Grup (n:65)		t	p	
	Ortalama±SS		Ortalama±SS				
Yaş	27,04 ± 3,70		26,83 ± 4,48		1,135	,259	
Evlilik Yaşı (yıl)	22,30 ± 3,03		21,57 ± 3,49		0,680	,498	
Evlilik Süresi (yıl)	5,43 ± 3,99		4,85 ± 4,10		0,754	,452	
	n	%	n	%	χ^2	p	
Eğitim Durumu	≤8 yıl	16	32,0	24	36,9	0,124*	,725
	>8 yıl	34	68,0	41	63,1		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	13	26,0	19	29,2	0,030*	,862
	Çalışmıyor	37	74,0	46	70,8		
Gelir Düzeyi	Giderden az/denk	39	78,0	50	76,9	0,000*	1,000
	Giderden fazla	11	22,0	15	23,1		
Aile Tipi	Çekirdek aile	4	8,0	8	12,3	0,195*	,659
	Geniş aile	46	92,0	57	87,7		
Eş Eğitimi Durumu	≤8 yıl	8	16,0	13	20,0	0,094*	,759
	>8 yıl	42	84,0	52	80,0		

χ^2 : Ki-kare testi. t:Student's t testi.*Yates Düzeltmeli Ki-kare.

Tablo 2. Katılımcıların Gebelikte Sigara Kullanma Durumuna Göre Obstetrik Ve Jinekolojik Özelliklerin Karşılaştırılması

Özellikler	Gebeliğinde Sigara İçen Grup (n:50)		Gebeliğinde Sigara İçmeyen Grup (n:65)		Test Değeri	p	
	Ortalama±SS		Ortalama±SS				
Gebelik Haftası	39,35 ± 0,89		39,37 ± 1,24		t=1,817	,072	
Gebelik Sayısı	2,20 ± 1,37		1,83 ± 1,09		t=-1,318	,188	
Doğum Sayısı	1,52 ± 0,82		1,36 ± 0,49		t=-0,280	,779	
Düşük Sayısı	1,36 ± 0,67		1,16 ± 0,40		$z_{mw}=-0,543$,587	
Küretaj Sayısı	1,00 ± 0,00		1,20 ± 0,44		$z_{mw}=-1,005$,273	
Yaşayan Çocuk Sayısı	1,52 ± 0,82		1,36 ± 0,49		$z_{mw}=-0,280$,779	
Gebelikte Alınan Kilo	15,22 ± 3,93		14,52 ± 4,97		t=0,814	,113	
	n	%	n	%	χ^2	p	
Gebeliği Planlama Durumu	Planlı	41	82,0	53	81,5	0,000*	1,000
	Plansız	9	18,0	12	18,5		
Gebelik Öncesi Sağlık Sorunu	Var	20	40,0	18	27,7	1,419*	,234
	Yok	30	60,0	47	72,3		
Gebelikteki Sağlık Sorunu	Var	5	10,0	17	26,2	3,780*	,053
	Yok	45	90,0	48	73,8		
Sürekli İlaç	Var	15	30,0	15	23,1	0,389*	,533
	Yok	35	70,0	50	76,9		
DÖB Bakım Alma Sıklığı	1-4 defa	-	-	1	1,5	**	1,000
	5 defa ve üzeri	50	100,0	64	98,5		

z_{mw} : Mann-Whitney U test.t: Student's-t test.DÖB: Doğum Öncesi Bakım.*Yates Düzeltmeli Ki-kare.

**Fisher kesin ki-kare

Tablo 3. Katılımcıların Gebelikte Sigara İçme Durumlarına Göre Pasif İçicilik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler		Gebeliğinde Sigara İçen Grup (n:50)		Gebeliğinde Sigara İçmeyen Grup (n:65)		χ^2	P
		n	%	n	%		
Ailede Sigara İçilme Durumu	Var	38	76,0	25	38,5	14,593*	,000
	Yok	12	24,0	40	61,5		
Yanında Sigara İçilme Durumu	Var	1	2,0	13	20,0	**	,530
	Yok	49	98,0	52	80,0		
Gebelikte Sigara Kullanımına Yönelik Sağlık Profesyonelleri Tarafından Bilgilendirilme Durumu	Var	28	56,0	12	18,5	15,940*	,000
	Yok	22	44,0	53	81,5		

*Yates Düzeltmeli Ki-kare. **Fisher kesin ki-kare

Tablo 4. Katılımcı grupların yenidoğan özelliklerine ve plasenta ağırlığına göre karşılaştırılması

Özellikler	Gebeliğinde Sigara İçen Grup (n:50)		Gebeliğinde Sigara İçmeyen Grup (n:65)		t	p
	Ortalama±SS		Ortalama±SS			
Yenidoğanın Doğum Ağırlığı (gr)	3224,00 ± 292,77		3432,00 ± 375,84		-3,245	,002
Yenidoğanın Boy Uzunluğu (cm)	49,60 ± 2,16		49,03 ± 1,73		2,075	,040
Yenidoğanın Baş Çevresi (cm)	34,43 ± 0,93		34,59 ± 1,13		-0,872	,385
APGAR Puanı (1.dk)	8,92 ± 0,27		8,492 ± 0,40		-0,046	,963
APGAR Puanı (5.dk)	10,00 ± 0,00		9,96 ± 1,17		1,425	,159
Plasenta Ağırlığı (gr)	518,40 ± 90,51		620,00 ± 10,00		-5,472	,000
Doğumda Yeni doğanda Sağlık Sorunu	n	%	n	%	χ^2	p
Var	-	-	1	1,5	*	1,000
Yok	50	100,0	64	98,5		

t: Student's-t test. χ^2 : Ki-kare testi. * Fisher kesin ki-kare.

yenidoğanda sağlık sorunu açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-4). Gebeliğinde sigara içilen yenidoğanların doğum ağırlıklarının ve plasenta ağırlıklarının daha az, ortalama boy uzunluklarının ise sigara içmeyen gruba göre daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Tartışma

Sigara kullanımı dünyada önemli sağlık sorunlarından. Özellikle kadınlarda sigara kullanımının yüksek olması, sigaradan kaynaklanan gebelik ve yenidoğanın sağlığına olan olumsuz etkileri açısından da önemlidir. Gebelikte sigara kullanımının annenin yaşı, eğitim seviyesi, sosyo-ekonomik durumu gibi bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkili olduğu belirtilmektedir.¹² Bu özelliklerin değerlendirildiği Curtin ve Mathew¹⁵ (2016) çalışmasında gebelikte sigara kullanımının en fazla 20-24 yaş arasında görüldüğü (%13),

Altıparmak ve ark.⁷ (2009) çalışmasında ise 30 yaş ve üzerinde (%70,8) olduğu saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda ise anne yaşı küçüldükçe sigara kullanımı arttığı belirlenmiştir.^{1,2,13,21} Ayrıca gebe kadınların eğitim düzeyi azaldıkça sigara içme oranı arttığı gözlenmiştir.^{12,13,15,17,21} Al-Sahab ve ark.²¹ (2010) ve Altıparmak ve ark.⁷ (2009) çalışmasında düşük sosyo-ekonomik düzey ile gebelikte sigara kullanımı arasında ilişki bulunurken, Nur¹³ (2017) çalışmasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Altıparmak ve ark.⁷ (2009) ve Nur¹³ (2017) çalışmalarında ise geniş ailede yaşama durumu gebelikte sigara kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada; gebelikte sigara kullanımı ile anne yaşı, eğitim seviyesi, çalışma durumu, evlilik yaşı ve süresi, gelir düzeyi, aile tipi, eşin eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatür ve mevcut çalışma

arasındaki bu farklılık, çalışmaların örneklem ve araştırma tipi değişikliğinden kaynaklanabilir.

Gebelikte sigara kullanımı ile ilişkili faktörler arasında antenatal bakıma geç başlama, doğum sayısı gibi pek çok obstetrik ve jinekolojik özellik sayılmaktadır.¹¹ Yapılan çalışmalarda ise; multigravidalarda,^{2,12,17} gebeliğinin birinci trimesterinde olanlarda,^{5,12} gebeliği plansız olanlarda,¹² yaşayan çocuğu olanlarda,¹² sigara kullanma oranı diğer kadınlara oranla daha yüksek saptanmıştır. Yapılan bu çalışmada gebeliğinde sigara içen ve içmeyen kadınlar arasında gebelik haftası, gebelik, doğum, düşük, küretaj, yaşayan çocuk sayısı, gebelikte alınan toplam kilo ortalaması, gebeliğin planlanması, gebelikten önceki ve bu gebeliğindeki sağlık sorunları, sürekli ilaç kullanma durumu ve doğum öncesi bakım (DÖB) alma durumları gibi obstetrik-jinekolojik özellikler açısından istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Fark saptanmama nedeni çalışmaya dâhil olan gebelerin daha çok planlı gebelik yaşayan gebeler olması ve gebeliklerinin son trimesterinde olup doğum için hastaneye başvurdukları zaman diliminde olmaları düşünülmektedir.

Gebelik süresince aktif ya da pasif olarak sigaraya maruz kalmak gebelik ve yenidoğana ilgili bir takım komplikasyonlara neden olmaktadır.¹⁶ Al-Sahab ve ark.²¹ (2010) çalışmasında gebeliğinde sigara kullananların aynı zamanda pasif sigara içici de olduğu, Altıparmak ve ark.⁷ (2009) çalışmasında gebelerin % 66,7'sinin, Durualp ve ark.⁸ (2011) çalışmasında %56,2'sinin, Mutlu ve Saraçoğlu¹⁰ (2014) çalışmasında ise %35,8'inin gebeliği süresince sigara dumanına maruz kaldığı belirlenmiştir. Bu çalışmada ise; gebeliğinde sigara kullananların ailesinde de sigara içme oranlarının ve sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilme oranlarının gebeliğinde sigara içmeyenlere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulguları literatür ile benzer özellikler göstermiş olup, gebelikte pasif içiciliğin detaylandırıldığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışma kapsamına alınan ve gebeliğinde sigara kullanan kadınların günde ortalama $9,00\pm 4,80$ tane sigara içtikleri bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda gebelik sırasında günde sigara içme oranları Al-Sahab ve ark.²¹ (2010) çalışmasında ortalama yedi tane, Altıparmak ve ark.⁷ (2009) çalışmasında $3,3\pm 2,4$ tanedir.

Durualp ve ark.⁸ (2011) çalışmasında gebe kadınların %58,1-'inin günde bir-on adet sigara kullandıkları ifade edilirken bu durum Mutlu ve Saraçoğlu¹⁰ (2014) çalışmasında %8'inin günde en az bir adet olarak belirtilmiştir. Kharkova ve ark.¹⁷ (2016) çalışmasında ise çalışmaya katılan gebelerin gebeliği esnasında %1'inin sigara kullanım miktarını arttırdıkları, %62,1'inin sigara kullanım miktarında değişiklik olmadığını, %36,8'inin ise sigara kullanım miktarını azalttıklarını bildirmiştir. Çalışma kapsamında elde edilen bulgular literatür ile uyumlu olup gebelerin, gebeliğinde aktif olarak sigara kullanma miktarlarını göstermektedir. Bu veriler sigaraya başlama yaşı ve sigara kullanma süresi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Prenatal dönemde anne adaylarına gebelikte sigara kullanımının anne ve bebek sağlığı üzerine etkileri hakkında eğitim verilmelidir.²² Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan görevli ebeler, rutin kontrollerde, ev ziyareti sırasında gebelikte sigara kullanımının olumsuz etkileri hakkında bilgi aktarmaya, sigarayı bırakma konusunda destekleyici olmaya önem vermelilerdir.^{7,22,23} Bu çalışmada gebeliğinde sigara kullananların sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilme oranlarının gebeliğinde sigara içmeyenlere göre anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir. Keten ve Gölbaşı²⁴ (2013) yaptıkları çalışmada benzer şekilde gebelerin %26,4'ü prenatal bakımda gebelikte sigara kullanımına ilişkin bilgi aldığını, %27,1'i sigarayı bırakmaya yönelik tavsiye aldığını belirtmişlerdir. Fakat Al-Sahab ve ark.²¹ (2010) çalışmasında ayrıca anne adaylarının doğum öncesi eğitim programlarına katılmadığı/sağlık hizmetinden yararlanmadıkları, Mutlu ve Saraçoğlu¹⁰ (2014) çalışmasında ise doğum öncesi izleminin yapıldığı ancak sigaranın anne ve bebek üzerine olan olumsuz etkileri hakkında sağlık profesyonelleri tarafından bilgi verilmediği saptanmıştır.

Gebelikte sigara kullanımı ya da pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bu çalışmada gebeliğinde sigara kullanan annelerin bebeklerinin doğum ağırlıklarının ve plasenta ağırlıklarının daha düşük, ortalama boy uzunluklarının ise sigara içmeyen gruba göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ancak bebeklerin ortalama baş çevresi, 1.dk. APGAR skoru, 5.dk. APGAR skoru ve yenidoğanda

sağlık sorunu açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca yapılan çalışmalarda yenidoğanın boyu, baş çevresi değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmalarda ise gebeliğinde sigara kullanan annelerin bebeklerinin SGA bebek,^{1,18} preterm eylem,^{1,18} düşük doğum ağırlıklı bebek,^{1,2,8,18,19} olma olasılığı daha fazla bulunmuştur. Pineles ve ark.²⁵ (2016) bir sistematik derleme ve 3 meta analiz çalışmasını değerlendirdiği makalesinde gebelikte sigara kullanımının ölü doğum, perinatal ölüm ve yenidoğanın kaybı ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Durualp ve ark.⁸ (2011) çalışmasında gebelikte sigara kullanımı ile yenidoğanın boy uzunluğu ve baş çevresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamış ancak ölçülen boy uzunluğunun ve baş çevresinin düşük olduğu belirlenmiştir. Demirkaya ve ark.¹⁸ (2004) gebelikte sigara kullanan annelerin bebeklerinde, boy ve baş çevresi ölçümlerini düşük saptamışlardır. Ancak Kırımı ve Pençe'nin¹⁹ (1999) çalışmasında doğum boyu ve baş çevresi sigara kullanmayan gruba göre farklı bulunmamıştır. Ayrıca Kırımı ve Pençe'nin¹⁹ (1999) çalışmasında bu çalışma sonucuna benzer şekilde plasenta ağırlığının gebeliğinde sigara içmeyen gruba göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Gebeliğinde sigara kullanan kadınların bebeklerinin ortalama doğum ağırlıkları ve ortalama plasenta ağırlıkları, kullanmayan kadınlara göre daha düşük ağırlıkta olduğu, ortalama boy uzunluklarının ise sigara içmeyen gruba göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ancak bebeklerin ortalama baş çevresi, 1.dk. ve 5. dk APGAR skoru ve konjenital anomali açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Bu da gebelikte sigara kullanımının yenidoğanın doğum tartısı ve plasenta sağlığı üzerine olumsuz etkilerinin olabileceğini göstermektedir.

Gebelik döneminde sigara kullanma alışkanlığının ya da sigara dumanına maruz kalmanın sadece annenin kendi sağlığına verdiği zararla kalmayıp, aynı zamanda fetus ve yenidoğanda da ciddi sağlık problemlerine yol açtığı bilinmektedir. Bu nedenle gebelerin sigarayı bırakma yüzdesini artırabilmek için; ebelerin konuyla ilgili hizmet içi eğitim programlarının artırılması ve rutin kontrollerle ev ziyaretleri sırasında sigaranın gebelik üzerine olumsuz etkisi ile ilgili bilgi aktar-

maları ve sigarayı bırakma konusunda destekleyici olmaları önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya dahil edilen kadınların sigara içme durumları değerlendirilirken kişilerin kendi beyanı göz önüne alınmıştır. Ayrıca yenidoğana ait bulgular dosya kayıtlarından elde edilmiş olup, bu kayıtları yapan ve ölçümleri alan kişilerin aynı olmaması ölçümlerde standardizasyonun sağlanmasını güçleştirmektedir. Bu durum araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

Kaynakça

1. Schultze A, Kurz H, Stümpflen I, Hafner E. Smoking prevalence among pregnant women from 2007 to 2012 at a tertiary-care hospital. *European Journal of Pediatrics* 2016 175(6): 833-840.
2. Zheng W, Suzuki K, Tanaka T, Kohama M, Yamagata Z, The Okinawa Child Health Study Group Association between maternal smoking during pregnancy and low birthweight: effects by maternal age. *PLoS ONE* 2016 11(1): 1-9.
3. Caleyachetty R, Tait CA, Kengne AP, Corvalan C, Uauy R, Echouffo-Tcheugui JB. Tobacco use in pregnant women: analysis of data from Demographic and Health Surveys from 54 low-income and middle-income countries. *The Lancet Global Health* 2014 2(9): 513-520.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008. Erişim tarihi: 2.10.2017 Erişim adresi :www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf
5. Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas' ta gebelikte sigara kullanımı [Smoking in Pregnancy in Sivas]. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi [Cumhuriyet Medical Journal]* 2003 25(4): 157-164.
6. Karcaaltıncaba D, Kandemir Ö, Yalvac S, Güvendağ Güven ES, Yıldırım BA, Haberal A. Cigarette smoking and pregnancy: results of a survey at a Turkish women's hospital in 1,020 patients. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2009 29 (6): 480-486.
7. Altıparmak S, Altıparmak O, Avcı DH. Manisa'da gebelikte sigara kullanımı; yarı kentsel alan örneği [Manisa'da gebelikte sigara kullanımı; yarı kentsel alan örneği]. *Tur Toraks Der* 2009 10: 20-25.
8. Durualp E, Bektaş G, Ergin Karaca D, Topçu E. Annelerinin sigara kullanımı ile yeni-

- doğanın doğum kilosu, boyu ve başçevresi arasındaki ilişkinin incelenmesi [A Study on the Relationship Between Cigarette Smoking of the Mothers and the Newborn's Weight, Height, and Head Circumference Measurements]. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2011 64 (3): 119-126.
9. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Enginkaya S, Dinç H, Bilgin H. Reproductive health in women with serious mental illnesses. Journal Of Clinical Nursing 2014 23(9-10):1283-1291.
 10. Mutlu LC, Saraçoğlu GV. Prevalence of smoking and factors affecting smoking behaviour during pregnancy: a sample from Tekirdag. Turkish Journal of Public Health 2014 12(1): 1-12.
 11. Balkaya NA, Vural G, Eroğlu K. Gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunlar [Investigating Problems Related to The Health of Mothers and Their Babies Resulting From Risk Factors Determined During Pregnancy] Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014 1(1): 6-16.
 12. Tarhan P, Yılmaz T. Gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörler [Smoking During Pregnancy and the Effecting Factors]. HSP 2016 3(3):140-147.
 13. Nur, N. Association of risk factors with smoking during pregnancy among women of childbearing age: an epidemiological field study in Turkey. Sao Paulo Medical Journal 2017 135(2): 100-106.
 14. Health and Social Care Information Centre. (2016). Statistics on Women's Smoking Status at Time of Delivery: England, Quarter 3, October to December 2015. Erişim tarihi: 2.10.2017 Erişim adresi:<https://www.gov.uk/government/statistics/statistics-on-womens-smoking-status-at-time-of-delivery-england-quarter-3-oct-to-dec-2015>
 15. Curtin SC, Mathews TJ. Smoking prevalence and cessation before and during pregnancy: data from the birth certificate, 2014. National Center for Health Statistics, Hyattsville National vital statistics reports 2016 65(1):1-14.
 16. Çınar N, Topal S, Altınkaynak S. Gebelikte sigara kullanımı ve pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerine etkileri. Journal of Human Rhythm 2015 1(2):52-57.
 17. Kharkova OA, Krettek A, Grjibovski AM, Nieboer E, Odland JØ. Prevalence of smoking before and during pregnancy and changes in this habit during pregnancy in Northwest Russia: a Murmansk county birth registry study. Reproductive health 2016 13(1): 18.
 18. Demirkaya ÖB. Gebelikte Sigara İçiminin Plasenta ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. [Uzmanlık Tezi]. T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi III. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye, 2004.
 19. Kırımı E, Pençe S. Gebelikte Sigara Kullanımının Fetus ve Plasentanın Gelişimine Etkisi. Van Tıp Dergisi 1999 6(1): 28-30.
 20. Kublay G, Terzioğlu F, Karatay G. Gebelik ve Sigara. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı (2008). Erişim tarihi: 2.10.2017 <https://sbu.saglik.gov.tr-/Ekutuphane/Yayin/207>
 21. Al-Sahab B, Saqib M, Hauser G, Tamim H. Prevalence of smoking during pregnancy and associated risk factors among Canadian women: a national survey. BMC Pregnancy and Childbirth 2010 10(1): 24.
 22. Kaşıkçı SD, Koç K, Aslan Z, Türker S. İhtiyar N, Yalçın EG. Özel bir sağlık kuru-luşuna başvuran sigara kullanan gebe kadınlarda sigara kullanımının anne ve bebek sağlığı üzerine etkileri ile ilgili bilgi düzey-lerinin ölçülmesi (2011) 2. Ulusal 1. Uluslararası Ebelik Kongresi, Poster Bildiri
 23. Kaya Y, Şahin N. Kadınlarda madde kullanımı ve hemşirenin rolü [Substance-Use Disorders in Women and the Nurse's Role]. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2013 10(1):3-7.
 24. Ketten E, Gölbaşı Z. Sigara içen gebe kadınlara uygulanan üç farklı sigarayı bıraktırma müdahalesinin etkisi [The Effect of Three Different Smoking Cessation Intervention for Smoker Pregnant Women] TAF Preventive Medicine Bulletin 2013 12(5): 553-562.
 25. Pineles BL, Hsu S, Park E, Samet JM. Systematic review and meta-analyses of perinatal death and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy. American Journal of Epidemiology 2016 184(2): 87-97.

Sağlıklı Kişilerde Kavrama Kuvveti ile Öksürme Kuvveti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Investigation of the Relationship between Handgrip Strength and Cough Strength in Healthy Individuals

Seher ÖZYÜREK^a, Burçin AKTAR^b

ÖZ Amaç: Bu çalışmanın amacı sağlıklı bireylerde kavrama kuvveti ile öksürme kuvveti arasındaki ilişkiyi incelemektir. **Gereç ve Yöntemler:** 20-25 yaş arasındaki sağlıklı üniversite öğrencilerinin demografik bilgileri kaydedildi. Periferik kas kuvvetinin belirlenmesi amacıyla dominant el kavrama kuvveti (kg) hidrolik el dinamometresi (Jamar) kullanılarak ölçüldü. Öksürme kuvveti taşınabilir bir Pefmetre cihazı kullanılarak (L/dk) bireyler derin inspirasyonu takiben öksürme manevrasıyla ulaştıkları pik ekspiratuar akış değerinin ölçülmesiyle oturma pozisyonunda iken değerlendirildi. Her iki kuvvet değeri için üç ölçüm tekrarlanarak en yüksek değer analiz için kaydedildi. Veriler normal dağılmadığından, kavrama kuvveti ile öksürme kuvveti arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi kullanılarak test edildi ve tanımlayıcı istatistikler ortanca ve çeyreklerarası aralık olarak gösterildi. **Bulgular:** Çalışmaya, ortanca yaşları 21 yıl ve ortanca beden kütle indeksi 22.14 kg/m² olan toplam 90 kişi (37 kadın, 53 erkek) alındı. Katılımcıların kavrama kuvveti ortanca değeri 46 kg, öksürme kuvveti değeri ise 537.50 L/dk olarak bulundu. Kavrama kuvveti ($\rho=0.750$, $p<0.001$) ile öksürme manevrası sırasındaki pik ekspiratuar akış değeri arasında pozitif yönde, güçlü, anlamlı bir ilişki saptandı. **Sonuç:** Bu çalışmanın sonuçlarına göre periferik kas kuvvetinin önemli göstergelerinden biri olan kavrama kuvveti sağlıklı bireylerde öksürme kuvveti ile ilişkili bulunmuştur. İleri çalışmalar, sağlıklı bireylerde ve solunumsal bir probleme sahip hastalarda öksürme etkinliğinin belirlenmesinde kavrama kuvvetinin kullanımını inceleyebilir. **Anahtar sözcükler:** Sağlıklı, kavrama kuvveti, öksürme

ABSTRACT Objective: The aim of this study was to investigate the relationship between handgrip strength and cough strength in healthy individuals. **Methods:** Demographic data were obtained from healthy university students aged 20-25 years. Dominant handgrip strength (kg) was assessed by using a hydraulic hand dynamometer (Jamar) for determining peripheral muscle strength. Cough strength was evaluated by using a portable Pef meter (L/min) by measuring the peak expiratory flow value which was occurred during a cough maneuver following a deep inspiration in sitting position. Three attempts were undertaken and the highest value was recorded for the analysis. As the data not distributed normally, the relationship between the handgrip strength and cough strength was tested by using Spearman correlation analysis and the descriptive statistics were presented median and interquartile ranges. **Results:** A total of 90 participants (37 female, 53 male) with a median age of 21 years and median body mass index of 22.14 kg/m² were included in the study. The median grip strength was 46 kg and the median cough strength was 537.50 L/dk. A positive, strong, significant relationship ($\rho=0.750$, $p<0.001$) was found between handgrip strength and peak expiratory flow value during cough maneuver. **Conclusion:** According to the results that were obtained from this study, the grip strength which is an important indicator of the peripheral muscle strength was found related to cough strength. Future studies, might investigate the utility of grip strength on cough effectiveness in healthy individuals and patients with a respiratory problem.

Key words: Healthy, handgrip strength, cough

Giriş

Solunum kaslarındaki zayıflığa bağlı olarak ortaya çıkan pulmoner fonksiyonlardaki yetersizlik etkin olmayan öksürme, atelettazi ve pulmoner komplikasyonlarla sonuçlanmaktadır.¹ Hava yollarının önemli savunma mekanizması olan öksürme, derin nefes almayı takiben glottisin kapanması ve ardından abdominal ve torasik kasların kasılmasıyla

glottisin açılarak inhale edilen havanın patlayıcı şekilde ekshale edilmesiyle oluşan basınçtır.^{2,3} Literatüre bakıldığında öksürmenin, akciğer hastalığı olmayan bireylerde solunum kas kuvvetini belirlemede alternatif bir ölçüm olarak kullanılabilmesi belirtilmiştir.^{1,4}

Kavrama kuvveti, periferik kas kuvvetini yansıtan kısa süreli, kolay uygulanabilir ve ucuz

Geliş Tarihi/Received:12-12-2017/ **Kabul Tarihi/Accepted:**26-12-2017

^a Öğr.Gör.Dr.Fzt.Dokuz Eylül Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, İzmir.

e-mail: seherozyurek@gmail.com., ORCID ID: 0000-0002-8586-7214

^b Araş.Gör.Fzt. Dokuz Eylül Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, İzmir.

e-mail: burcinaktar@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-5753-7138

Sorumlu yazar /Correspondence: Dokuz Eylül Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu Sağlık Yerleşkesi Mithatpaşa Caddesi No:56/15 35340 İnciraltı/İZMİR, seherozyurek@gmail.com

*TÜSAD 39.Ulusal Kongresi'nde e-poster bildirisi olarak sunulmuştur.

bir değerlendirme yöntemidir. Bu özellikleri nedeniyle sağlıklı kişilerden yoğun bakımda yatan kritik hastalığa sahip kişilere kadar geniş çapta uygulama alanına sahiptir.^{5,6} Son dönem çalışmalar hem mevcut hastalığı olan kişilerde hem de sağlıklı popülasyonda kavrama kuvvetinin prognostik ve klinik değerini vurgulamaktadır.⁷ Düşük kavrama kuvveti mortalitenin, hastanede uzamış kalış süresinin ve fiziksel fonksiyonlardaki kısıtlılığın tahmini göstergesidir. Kavrama kuvvetinin klinik ve prognostik öneminin incelendiği derlemede, el dinamometrisi değerlendirmesinin hastaların fizik muayenesinin temel bir unsuru olarak özellikle de yaşlı kişilerde yapılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır.⁶

Periferik kas kuvveti ile solunum kas kuvveti arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar incelendiğinde genellikle solunum kas kuvvetini yansıtan ağız içi basınç ölçümlerinin kullanılmış olduğu,^{8,9} bununla birlikte öksürme kuvvetini inceleyen çalışmaların ise sınırlı olduğu dikkati çekmektedir. Tüm bu bilgiler ışığında bu çalışmanın amacı sağlıklı kişilerde kavrama kuvveti ile öksürme kuvveti arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel olarak yapılan bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu'nda öğrenim gören öğrencilerde Eylül- Kasım 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi. 20-25 yaş arasındaki sağlıklı ve gönüllü öğrenciler çalışmaya dahil edildi. Solunum ve periferik kas kuvvetini etkileyecek herhangi bir solunumsal, kardiyak ve nöromuskuler hastalığın bulunması, öksürme ve kavrama kuvvetinin beklenen değerlere göre %80'in altında olması ve değerlendirme prosedürlerinin etkin gerçekleştirilememesi çalışmanın dışlanma kriterlerini oluştur-maktaydı.

Bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı (Etik kurul dosya numarası: 3562-GOA). Araştırmaya katılan öğrenciler çalışma hakkında bilgilendirilerek imzalı onamları alındı ve çalışma Helsinki Deklerasyonu'na uygun olarak yürütüldü. Çalışmaya katılmaya 119 öğrenci gönüllü oldu. Katılımcılardan 29'u dışlanma kriterlerine [öksürme kuvveti beklenen değerlere göre %80'nin altı (4 kişi), kavrama kuvveti beklenen değerlere göre %80'nin altı (17 kişi), her iki kuvvet değeri beklenene göre %80'nin altı (4 kişi), solunumsal hastalık (2 kişi) ve öksürme

kuvveti değerlendirmesini etkin şekilde yapamama (2 kişi)] bağlı olarak çalışmadan çıkarıldı ve sonuç olarak 90 katılımcı analize dahil edildi.

Veri Toplama Araçları

Alınma kriterlerine uygun olan katılımcıların sosyodemografik özellikleri karşılıklı görüşme yoluyla sorgulandı. Beden Kütle İndeksi; vücut ağırlığı/ boy² formülüne göre hesaplandı.

Öksürme kuvveti (L/dk), taşınabilir Pefmetre cihazıyla (Mini Wright peak expiratory flow meter) katılımcılar oturma pozisyonunda iken değerlendirildi. Derin inspirasyonu takiben (total akciğer kapasite-tesinde en çok 2 sn. bekledikten sonra) mümkün olduğunca güçlü bir öksürme manevrasıyla ulaştıkları pik ekspiratuar akış hızı değeri (PEF) kaydedildi.¹⁰⁻¹² PEF manevrası, zorlu vital kapasitenin aksine yaklaşık 1 sn. sürmektedir.¹³ Test prosedüründe, öksürme kuvveti için üç ölçüm tekrarlanarak en yüksek değer analiz için kaydedilirken her bir ölçüm arasında 30 saniye ara verildi.¹¹ Beklenen öksürme kuvveti değerleri, Nunn ve Gregg'e ait regresyon denklemlerinden hesaplandı.¹⁴

Periferik kas kuvvetinin değerlendirilmesi, el kavrama kuvveti ölçümü ile yapıldı. El kavrama kuvvetinin ölçümünde Amerikan El Terapistleri Derneği (AETD) tarafından önerilen ve birçok çalışmada geçerlilik ile güvenilirliği yüksek bulunan ve bu nedenle de altın standart olarak kabul edilen hidrolik el dinamometresi (Hand-grip, Jamar dinamometre) kullanıldı. Bu ölçüm, AETD tarafından önerilen standart pozisyon olan katılımcılar oturma pozisyonunda iken omuz adduksiyonda ve nötral rotasyonda, dirsek 90° fleksiyonda, ön kol midrotasyonda ve destekli, el bileği nötralde olacak şekilde yapıldı.¹⁵ Katılımcılardan ikinci seviyeye yerleştirilen dinamometre kolunu mümkün olduğunca güçlü olarak üç saniye boyunca sıkmaları istendi.^{16,17} Test prosedüründe el kavrama kuvveti (kg) için her ölçüm arasında birer dakikalık aralar verilerek üç ölçüm yapıp en yüksek değer analiz için kaydedildi. Beklenen el kavrama kuvvetinin hesaplanmasında Bohannon ve ark.'nın referans değerleri kullanıldı.¹⁶

İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS 21 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılarak analiz edildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik

yöntem (Shapiro Wilk Testi) kullanılarak incelendi. Verilerin çoğunluğu normal dağılmadığından öksürme kuvveti ile kavrama kuvveti arasındaki ilişki “Spearman Korelasyon Analizi” ile test edilerek tanımlayıcı istatistikler ortanca ve çeyreklerarası aralık olarak verildi. Kategorik değişkenlerin tanımlayıcı özellikleri n (%) cinsinden ifade edildi. Korelasyona ait güç, çok zayıf ($\rho = 0-0.19$), zayıf ($\rho = 0.2-0.39$), orta ($\rho = 0.40-0.59$), güçlü ($\rho = 0.6-0.79$) ve çok güçlü ($\rho = 0.8-1$) olacak şekilde sınıflandırıldı. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya 37’si kadın, 53’ü erkek olmak üzere toplam 90 kişi alınmış olup katılımcıların demografik ve tanımlayıcı özellikleri Tablo 1’de gösterilmektedir. Katılımcıların kavrama kuvveti ortanca değeri 46.00 (32.75-52.00) kg, öksürme kuvveti ortanca değeri ise 537.50 (460.00-592.50) L/dk olarak bulundu. Bu değerlerin beklenen normatif değerlere göre yüzdeleri Tablo 1’de yer almaktadır. Kavrama kuvveti ile öksürme manevrası sırasındaki PEF arasında pozitif yönde, güçlü, anlamlı bir ilişki saptandı ($p < 0.001$) (Tablo 2).

Tartışma

Sağlıklı kişilerde periferik kas kuvveti ile öksürme kuvveti arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmamızın sonuçları, periferik kas kuvvetinin önemli göstergelerinden biri olan kavrama kuvvetinin, öksürme kuvveti ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

Kavrama kuvvetinin değerlendirilmesinin sağlıklı bireylerde ve farklı hastalıklara yönelik tanıya sahip kişilerde son dönemlerde yapılan çalışmalarda ilgi odağı haline geldiği dikkati çekmektedir. Literatürdeki sonuçlar incelendiğinde, kavrama kuvvetinin klinik ve prognostik faktörlerle ilişkili olması bu ilginin nedenini açıklamaktadır. Çalışmalarda bu kadar sık kullanılması nedeniyle kavrama kuvvetine yönelik normatif değerlerin incelendiği çalışmalar da oldukça fazladır. 2006 yılında Bohannon ve ark. 12 çalışmaya ait toplam 3317 sağlıklı kişiden alınan sonuçlardan kavrama kuvvetinin katmanlı (yaşlara göre 12 grup olacak şekilde) normatif değerlerini elde etmek için metaanaliz yöntemini kullanmıştır.¹⁶ Çalışmamızda bu referans değerler göz önünde bulundurularak katılımcıların beklenen değerleri hesaplandı ve kas zayıflığının sonuçları

Tablo 1. Katılımcıların demografik ve tanımlayıcı özellikleri

	Ortanca (Çeyrekler arası aralık)
Yaş (yıl)	21.00 (20.00-22.00)
BKİ (kg/ m ²)	22.14 (20.25-24.88)
Vücut ağırlığı*	67.00 (60.00-77.75)
Boy uzunluğu (m)	1.75 (1.68-1.81)
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	37 (41.10)
Erkek	53 (58.90)
Sigara içme, n (%)	
Hayır	47 (52.22)
Evet	43 (47.78)
Kavrama Kuvveti*	46.00 (32.75-52.00)
Kavrama Kuvveti**	100.83 (91.50-109.95)
PEF öksürme***	537.50 (460.00-592.50)
PEF öksürme**	95.51 (91.36-102.02)

BKİ: Beden Kütle İndeksi, PEF: Pik Ekspiratuar Akış, *kg,**% beklenen,*** L/dk

Tablo 2. Kavrama kuvveti ile öksürme kuvveti arasındaki ilişki

	Kavrama Kuvveti (kg)	
	ρ	p
PEF (L/dk)	0.750	$p < 0.001$

Rho: Spearman Korelasyon Analizi; PEF: Pik Ekspiratuar Akış

etkilememesi ve popülasyonun sağlıklı grubu etkin şekilde yansıtması açısından beklenen değeri %80’nin altında olan kişilerin sonuçları çalışmadan dışlandı. AETD tarafından ölçümde Jamar dinamometrenin kullanılması standartizasyon açısından özellikle önerilmektedir.¹⁵ Çalışmamızda referans değerlerden en doğru şekilde yararlanmak için aynı cihaz kullanıldı. Tüm bunların çalışmamızın metodoloji bakımından güçlü yanlarını oluşturduğunu düşünmekteyiz.

Maksimum inspiratuar basınç (MİB), kişinin inhalasyon yaparken oluşturduğu negatif basınç olup inspiratuar kas kuvvetini yansıtmaktadır.¹⁸ Solunum problemine sahip hastalarda ateletaziye tersine çevirme, etkin öksürme ve hava yolu hijyenini sağlama yeteneği MİB ile yakından ilişkilidir.¹⁹⁻²¹ İspiratuar ve ekspiratuar kas kuvvetini gösteren ağız içi basınçların, kavrama kuvveti de dahil olmak üzere periferik kas kuvveti ile

ilişkili olduğu birçok çalışmada belirtilmiştir.²¹⁻²⁴

Genç ve orta yaşlı bireylerde yapılan çalışmalarda solunum sistemini değerlendirmeye yardımcı, basit bir değerlendirme yöntemi olan kavrama kuvvetinin, inspiratuar kas kuvvetini (özellikle diyafram kası) ve akciğer volümlerini indirekt olarak yansıttığı gösterilmiştir.^{9,21,25} Fakat bu durumun sadece sağlıklılarda değil, aynı zamanda kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabetes mellitus, fibromiyalji ve kritik hastalık gibi farklı tanımlara sahip kişilerde yapılan çalışmalarda da benzer şekilde kavrama kuvvetinin, solunum kas kuvvetinin göstergesi olabileceği bildirilmiştir.^{24,26,27}

Genel olarak çalışmalar incelendiğinde solunum kas kuvveti açısından ağız içi basınç ölçümlerinin kullanılmış olduğu, buna karşın solunum kaslarının rolünü daha fonksiyonel olarak yansıtan ve pulmoner komplikasyonların önlenmesinde klinikte önemi özellikle vurgulanan öksürmenin, periferik kas kuvveti ile ilişkisini değerlendiren çalışmaların yetersiz olduğu dikkati çekmektedir. Çalışmamızın bu açıdan klinik önem taşıdığını düşünmekteyiz.

Sonuç

Sağlıklı kişilerde kavrama kuvveti ile solunum kas kuvveti arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmamızda, öksürme sırasındaki PEF ile kavrama kuvveti arasında güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda bu araştırmanın sonuçlarının, sağlıklı bireyler ve solunum problemi olan kişilerde kavrama kuvvetinin öksürme kuvvetini öngörmedeki kullanılabilirliğine yönelik ileriki araştırma ve rehabilitasyon değerlendirme protokollerine ışık tutabileceği düşünülmektedir.

Teşekkür

Çalışmanın istatistiksel analizine ait desteklerinden dolayı istatistik uzmanı Sayın Engin PEKYAVAŞ'a teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Bahat G, Tufan A, Ozkaya H, Tufan F, Akpınar TS, Akin S, et al. Relation between hand grip strength, respiratory muscle strength and spirometric measures in male nursing home residents. *The Aging Male: The Official Journal of the International Society for the Study of the Aging Male*. 2014;17 (3): 136-140.

2. Fink JB. Forced expiratory technique, directed cough, and autogenic drainage. *Respiratory Care*. 2007;52 (9): 1210-1221; discussion 1221-1213.
3. Shah MD, Shah SM. The applied physiology of cough. *Indian Journal of Pediatrics*. 2001;68 Suppl 2: S3-10.
4. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and Ageing*. 2010;39 (4): 412-423.
5. Bittner EA, Martyn JA, George E, Frontera WR, Eikermann M. Measurement of muscle strength in the intensive care unit. *Critical care medicine*. 2009;37 (10 Suppl): S321-330.
6. Bohannon RW. Muscle strength: clinical and prognostic value of hand-grip dynamometry. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*. 2015;18 (5): 465-470.
7. Leong DP, Teo KK, Rangarajan S, Kutty VR, Lanan F, Hui C, et al. Reference ranges of handgrip strength from 125,462 healthy adults in 21 countries: a prospective urban rural epidemiologic (PURE) study. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*. 2016;7 (5): 535-546.
8. Enright PL, Kronmal RA, Manolio TA, Schenker MB, Hyatt RE. Respiratory muscle strength in the elderly. Correlates and reference values. *Cardiovascular Health Study Research Group. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 1994;149 (2 Pt 1): 430-438.
9. Shin HI, Kim DK, Seo KM, Kang SH, Lee SY, Son S. Relation Between Respiratory Muscle Strength and Skeletal Muscle Mass and Hand Grip Strength in the Healthy Elderly. *Annals of Rehabilitation Medicine*. 2017;41 (4): 686-692.
10. Colucci DB, Fiore JF, Jr., Paisani DM, Risso TT, Colucci M, Chiavegato LD, et al. Cough impairment and risk of postoperative pulmonary complications after open upper abdominal surgery. *Respiratory Care*. 2015;60 (5): 673-678.
11. Yildirim M, Ozyurek S, Avci E, Karadibak D, Derici S. Preoperative pulmonary function testing predicts cough effectiveness early after laparoscopic bariatric surgery. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*. 2017;12 (1): 25-28.

12. Anderson JL, Hasney KM, Beaumont NE. Systematic review of techniques to enhance peak cough flow and maintain vital capacity in neuromuscular disease: the case for mechanical insufflation–exsufflation. *Physical Therapy Reviews*. 2005;10 (1): 25-33.
13. Quanjer PH, Lebowitz MD, Gregg I, Miller MR, Pedersen OF. Peak expiratory flow: conclusions and recommendations of a Working Party of the European Respiratory Society. *The European Respiratory Journal Supplement*. 1997;24: 2S-8S.
14. Nunn AJ, Gregg I. New regression equations for predicting peak expiratory flow in adults. *British Medical Journal (Clinical research ed)*. 1989;298 (6680): 1068-1070.
15. Fess EE. Clinical assessment recommendations. In: Casanova JS, editor. *Grip strength*. Second ed. Chicago: American Society of Hand Therapists; 1992. p. 41-45.
16. Bohannon RW, Peolsson A, Massy-Westropp N, Desrosiers J, Bear-Lehman J. Reference values for adult grip strength measured with a Jamar dynamometer: a descriptive meta-analysis. *Physiotherapy*. 2006;92 (1): 11-15.
17. Mathiowetz V, Kashman N, Volland G, Weber K, Dowe M, Rogers S. Grip and pinch strength: normative data for adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1985;66 (2): 69-74.
18. Larson JL, Covey MK, Vitalo CA, Alex CG, Patel M, Kim MJ. Maximal inspiratory pressure. Learning effect and test-retest reliability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chest*. 1993;104 (2): 448-453.
19. Jardim JR, Camelier A, Dal Corso S, Rodrigues JE. Strength and endurance of the respiratory and handgrip muscles after the use of flunisolide in normal subjects. *Respiratory Medicine*. 2007;101 (7): 1594-1599.
20. Toussaint M, Boitano LJ, Gathot V, Steens M, Soudon P. Limits of effective cough-augmentation techniques in patients with neuromuscular disease. *Respiratory Care*. 2009;54 (3): 359-366.
21. Efstathiou ID, Mavrou IP, Grigoriadis KE. Correlation Between Maximum Inspiratory Pressure and Hand-Grip Force in Healthy Young and Middle-Age Individuals. *Respiratory Care*. 2016;61 (7): 925-929.
22. Evans JA, Whitelaw WA. The assessment of maximal respiratory mouth pressures in adults. *Respiratory Care*. 2009;54 (10): 1348-1359.
23. Tzanis G, Vasileiadis I, Zervakis D, Karatzanos E, Dimopoulos S, Pitsolis T, et al. Maximum inspiratory pressure, a surrogate parameter for the assessment of ICU-acquired weakness. *BMC Anesthesiology*. 2011;11: 14.
24. De Jonghe B, Bastuji-Garin S, Durand MC, Malissin I, Rodrigues P, Cerf C, et al. Respiratory weakness is associated with limb weakness and delayed weaning in critical illness. *Critical Care Medicine*. 2007;35 (9): 2007-2015.
25. Sillanpaa E, Stenroth L, Bijlsma AY, Rantanen T, McPhee JS, Maden-Wilkinson TM, et al. Associations between muscle strength, spirometric pulmonary function and mobility in healthy older adults. *Age (Dordrecht, Netherlands)*. 2014;36 (4): 9667.
26. Cichosz SL, Vestergaard ET, Hejlesen O. Muscle grip strength is associated to reduced pulmonary capacity in patients with diabetes. *Primary Care Diabetes*. 2017. doi: 10.1016/j.pcd.2017.06.007 [Epub ahead of print]
27. Sahin G, Ulubas B, Calikoglu M, Erdogan C. Handgrip strength, pulmonary function tests, and pulmonary muscle strength in fibromyalgia syndrome: is there any relationship? *Southern Medical Journal*. 2004;97 (1): 25-29.

Bir Kamu Üniversitesi Çalışanlarında Aktif ve Pasif Sigara İçicilik Durumu, Bağımlılık Düzeyi ve Değişimin Aşamaları

Status of Active and Passive Smoking, Addiction Level and Stages of Change at Public University Employees

Gülnaz KARATAY^a, Nazan GÜRARSLAN BAŞ^b

ÖZ Amaç: Bu çalışmanın amacı bir kamu üniversitesinde çalışanların aktif ve pasif sigara içicilik durumunu, bağımlılık düzeyini ve içinde bulunduğu değişimin aşamasını değerlendirmektir. **Yöntem:** Tanımlayıcı türden yapılan bu çalışmanın evrenini 2015-2016 öğretim yılında Türkiye'nin doğusunda bir üniversitede görev yapan akademik, idari ve diğer personeller oluşturdu. Evrenin tamamı örneklem kapsamına alınmış olup, 230 (evrenin %57.5'i) çalışandan elde edilen veriler değerlendirmeye alındı. Araştırmanın verileri "Üniversite Çalışanlarında Sigara Bağımlılığı Soru Formu", "Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi" ve sigara için uyarlanmış "Değişim Aşamaları Testi" kullanılarak toplandı. Elde edilen veriler, bilgisayar destekli SPSS 18.0 programında sayı, yüzdelikler ve önemlilik testi olarak da ki-kare kullanılarak analiz edildi. **Bulgular:** Çalışmaya katılan bireylerin %16.5'i ara sıra, %30.4 ünün düzenli olarak sigara içtiğini, %10.4'ü ev ortamında, %23.9'u ise iş yerinde pasif sigara dumanına maruz kaldığını ifade etti. Kadınlarda ve akademisyenlerde sigara içme oranları daha fazla iken, diğer çalışanların pasif sigara dumanına daha fazla maruz kaldığı görüldü ($p<.05$). Katılımcıların %37.6'sında orta düzeyde, %16.8'inde ise ileri düzeyde nikotin bağımlılığı olduğu ve %42.4'ünün sigara bırakma ile ilgili niyet öncesi aşamada ve %32.7'sinin niyet aşamasında olduğu saptandı. **Sonuç:** Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre üniversite çalışanlarının yarıya yakını aktif sigara içicisi olup, yaklaşık her beş çalışandan birinin pasif sigara dumanına maruz kaldığı, kadınlarda ve akademisyenlerde sigara bağımlılığının daha fazla olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Sigara, üniversite çalışanları, prevalans.

ABSTRACT Aim: The aim of this study was evaluated the status of active and passive smoking, the level of dependence and the stage of change that they were in at a public university. **Method:** The universe of this descriptive study was being composed of academic, administrative and other employees working in a university in the east of Turkey in the academic year of 2015-2016. All of the universe was included in the sample and 230 (% 57.5 of the universe) data obtained from the employees were evaluated. The data of the study were collected using the "Cigarette Dependency Questionnaire in University Personnel", "Fagerström Nicotine Dependence Test" and "The Stages of Change Test" adapted for smoking. The data were analyzed by using chi-square as the number, percentages and significance test entered into the computer-aided SPSS 18.0 program. **Results:** 16.5% of the employees participating in the study stated that they occasionally smoke 30.4% of their smoking regularly, 10.4% stated that they were exposed to passive smoking at work and 23.9% at the workplace. While smoking rates were higher in women and academics, workers were more exposed to passive smoking ($p <.05$). It was determined that 37.6% of participants had nicotine addiction at moderate level, 16.8% had advanced nicotine addiction and 42.4% were in the pre-intention stage of smoking cessation and 32.7% were in the intention stage of change. **Conclusion:** According to the findings obtained in this study, nearly half of the university employees were active smokers, one of every five employees was exposed to passive smoking and smoking habits were more frequent among women and academics.

Key Words: Smoking, university employees, prevalence.

Giriş

Epidemik salgına dönüştüğü için küresel bir sorun haline gelen sigara tüketimi ve buna bağlı sorunlar dünyada ölüm nedenleri, özellikle de prematür ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Dünyada her yıl 6 milyon insan tütün ürünleri kullanımı, 600.000 kişi ise pasif

sigara dumanına maruziyet nedeniyle yaşamını yitirmektedir.¹ Ancak sigaranın uzun süreli etkilerinin bilimsel olarak daha iyi ortaya konmasıyla birlikte özellikle gelişmiş ülkelerde uygulanan sigarasızlık politikalarının etkisiyle sigara prevalansı düşme trendine girmiştir.

Geliş Tarihi/Received: 22-06-2017/ **Kabul Tarihi/Accepted:**01-11-2017

^a Doç.Dr. Munzur Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu-TUNCELİ, e-mail: gkaratay@gmail.com

^b Yrd.Doç.Dr.Munzur Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu-TUNCELİ, e-mail:nbas@munzur.edu.tr,

ORCID ID: 0000-0002- 6488-0890

Sorumlu yazar /Correspondence: Yrd. Doç. Dr. Nazan GÜRARSLAN BAŞ, Munzur Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu-TUNCELİ, e-mail:nbas@munzur.edu.tr

Türkiye de sigara prevalansının düşme eğilimi gösterdiği ülkeler arasındadır. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012 raporuna göre 2008 ile 2012 yılları arasında Türkiye’de tütün kullanım prevalansı %31.2’den %27.1’e gerilemiştir.²

Sigara yedi binden fazla kimyasal madde içermektedir ve bu maddeler vücut dokularına derinlemesine nüfuz ederek inflamasyona ve hasara yol açmaktadır. Ağız ve akciğerler üzerinden, kan damarlarına, kalbe, beyne ve diğer dokulara ulaşarak DNA hasarına ve sitotoksik değişikliklere yol açıp, damar yapısını bozmakta ve inflamasyon nedeniyle vücudun sürekli alarm seviyesinde kalmasına yol açmaktadır. Ayrıca, yaklaşık olarak yetmişe yakın kanserojen madde içeren sigara, akciğer kanseri başta olmak üzere bütün organ kanserlerinin en önemli nedenleri arasında yer almaktadır.³ Sigara, orta yaş yetişkinlerde kalp damar hastalıklarına bağlı ölümlerin %25’inden sorumludur.⁴ Fizyolojik sağlığa etkilerinin yanında psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan da kayıplara neden olan sigara ülkemizde her yıl 120 bin kişinin yaşamını yitirmesine neden olmaktadır.⁵ Bu tabloya pasif maruziyete bağlı sorunlar da eklenince sigaranın toplumsal maliyeti oldukça artmaktadır.

İnsan sağlığını bozan bir diğer etken, çevresel sigara dumanı maruziyetidir. Bireyler sigara içmeseler bile sigara içilen ortamlarda pasif sigara dumanına maruziyete bağlı sağlık sorunları yaşayabilmektedir.³ Amerika’da 2010-2011 yılları arasında 58 milyon sigara içmeyen birey, kiralık evlerde yaşayan her 3 kişiden biri pasif sigara dumanına maruz kaldığını ifade etmiştir. Özellikle düşük gelir gruplarında bu riskin daha fazla olduğu ifade edilmektedir.⁶ Türkiye’de ise Battal ve diğerlerinin (2009) çalışmasında kadınların %65.6’sı ev ortamında, %64.7’sinin ise ev dışında pasif sigara dumanına maruz kaldığı belirtilmektedir.⁷ Karatay (2008) tarafından yürütülen bir çalışmada çocukların %70.8’inin ev ortamında babalarının içtiği sigara dumanına maruz kaldığı görülmüştür.⁸ Dolayısıyla kamusal alanda çevresel sigara dumanı maruziyeti denetlenebilse de özel mekanlar için sorun olmaya devam etmektedir.

En çok öldüren, sakat bırakan ve ekonomik kayıplara neden olan sigara, halk sağlığı perspektifi doğrultusunda öncelikler arasına girmektedir. Bu doğrultuda toplumla temas olasılığı yüksek olan hemşirelerin, aktif ve pasif içiciliğin önlenmesi ve sigarayla ilgili mortalitenin ve morbiditenin azaltılması

konusunda önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu doğrultuda hemşirelerin sorunu ortaya koyan epidemiyolojik araştırmalar planlamaları, sigara bırakma konusunda danışmanlık hizmetleri vermeleri ve toplumda farkındalık çalışmaları yürütmeleri önemlidir.

Tunceli İli’nde yetişkinlerin sigara içme davranışını ve pasif sigara dumanı maruziyetini gösteren çalışmalar oldukça sınırlıdır. Kapalı mekanlarda pasif sigara maruziyetinin büyük ölçüde ortadan kalktığı gözlemlense de işyerlerinde ve ev ortamındaki durum istatistiksel olarak ortaya konulmamıştır. Dolayısıyla bu çalışmanın amacı, Türkiye’nin doğusundaki bir kamu üniversitesinde görev alan personelin aktif ve pasif sigara içiciliği durumunu, bağımlılık düzeyini ve sigarayla ilgili içinde buldukları değişimin aşamasını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı türdedeki araştırmanın evrenini 2015-2016 öğretim yılında Türkiye’nin doğusunda yer alan bir kamu üniversitesinde görev yapan akademik, idari ve diğer personeller oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, evrenin tamamı (yaklaşık 400 kişi) örneklem kapsamına alınmıştır. Ancak çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde 300 çalışana ulaşılabilmıştır. Gönüllülük esası temelinde, 300 çalışanın 230’u anket formunu doldurmuştur. Böylelikle evrenin yarısından fazlasına (%57.5) ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları: Araştırmanın verileri “Üniversite Çalışanlarında Sigara Bağımlılığı Soru Formu”, “Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi” ve sigara bağımlılığı için uyarlanmış olan “Değişim Aşamaları Testi” kullanılarak toplanmıştır.

Üniversite Çalışanlarında Sigara Bağımlılığı Soru Formu: Soru formunda 26 soru yer almaktadır. İlk 9 demografik özelliklere, diğer sorular ise sigara içme alışkanlığı ve pasif sigara dumanı maruziyetini değerlendirmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Araştırmanın verileri toplanmaya başlanmadan önce başka bir kurumda çalışan 10 kişi üzerinde ön uygulama yapılmıştır ve soru formuna son şekli verilmiştir.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi: Fagerström nikotin bağımlılık testi bireylerde nikotinin fiziksel bağımlılığı yönünden düzeyini ve şiddetini değerlendirmek için kullanılan, 6

sorudan oluşan, 0-1 ve 0-3 arasında ikili ve dörtlü likert tipi ölçüm sağlayan bir değerlendirme ölçeğidir.⁹ Türkçe formun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Uysal ve ark. (2003) tarafından yapılmış olup¹⁰, Cronbach's alfa katsayısı 0.56 olarak bulunmuştur.

Değişim Süreçleri Ölçeği (Sigara için): Bireyin davranış değiştirmeye olan ilgisini ve motivasyonunu yansıtır. Ölçek, değişimin 5 aşaması değerlendirmeye yöneliktir. Bireyin değişim sürecinin hangi aşamada olduğuna aşağıda yer alan sorular doğrultusunda karar verilir.

Niyet öncesi aşama: Birey sigara içmeyi sürdürmektedir ve gelecek 6 ay içinde de sigarayı bırakmayı düşünmemektedir.

Niyet Aşaması: Birey gelecek 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmektedir ancak henüz sigarayı bırakma ile ilgili bir plan yapmamıştır.

Hazırlık Aşaması: Bu aşamadaki bireyler yakın bir gelecekte (1 ay içinde) sigarayı bırakmayı planlamaktadır.

Eylem Aşaması: Bu aşamada bireyler sigarayı bırakmıştır ve sigarasızlığı sürdürmek için çaba harcanmaktadır. Eylem aşaması sigarayı bıraktıktan sonraki ilk altı aylık periyodu kapsar.

Sürdürme Aşaması: 6 aylık bırakma sürecinden sonra ömür boyu sigarasız kalma sürecini kapsar.¹¹

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması: Araştırmanın verileri 6-9 Nisan 2015 tarihleri arasında anket yöntemi ile toplanmıştır. Anket formu ofislerine gidilerek katılımcılara dağıtılmış, anketin nasıl doldurulacağı konusunda açıklamalarda bulunmuş ve bir gün sonra geri toplanmıştır. Ofislerinde ulaşılmayan çalışanlar için ikinci bir kez yeniden gidilmiş ve mümkün olduğunca çok sayıda katılımcıya ulaşılmaya çalışılmıştır.

Verilerin Analizi: Veriler bilgisayar veri tabanında SPSS 18.0 programına girilmiş, sayı, yüzdelikler kullanılarak analiz edilmiştir. Cinsiyet ve meslek ile aktif ve pasif sigara içiciliği arasında ilişki olup olmadığı ki-kare önemlilik testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular

Bir kamu üniversitesi çalışanlarında aktif ve pasif sigara içicilik durumu, bağımlılık düzeyi ve sigarayla ilgili içinde buldukları değişimin aşamasını değerlendirmek amaçlı yapılan bu

çalışmada elde edilen bulgulara aşağıda yer almaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin %37.6'sı kadın olup, %53.9 lisans mezunu, %50.2'si evli, %71.1'i memurlardan oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 32.33±7.89'dır ve %10.9'u kronik bir hastalığa sahiptir (Tablo 1).

Tablo:1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri

Yaş (Ort ±SS)	32.33± 7.89	
	N	%
Cinsiyet(n=229*)		
Kadın	86	37.6
Erkek	143	62.4
21-30	131	57.0
31-40	59	25.7
41-56	40	17.4
Öğrenim Durumu		
Ortaokul ve lise	24	10.4
Ön Lisans	38	16.5
Lisans	124	53.9
Y. Lisans	16	7.0
Doktora	28	12.2
Medeni Durum		
Evli	120	50.2
Bekar	91	39.6
Ayrılmış/Eşini Kaybetmiş	19	8.3
Görevi (n=228**)		
Akademisyen	36	15.8
Memur	162	71.1
İşçi	30	13.0
Kronik hastalık		
Var	25	10.9
Yok	205	89.1

*Bu soruya bir kişi cevap vermemiştir. **Bu soruya iki kişi cevap vermemiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin %16.5' inin ara sıra, %30.4'ünün düzenli olarak sigara içtiği, sigara içme süresinin ortalama 9.90 ± 7.70 yıl olduğu, sigara kullanan bireylerin %10.8'inin sarma tütün kullandığı saptanmıştır. Sigara içme nedenlerine bakıldığında, "sigaranın rahatlatıcı" düşüncesinin ilk sırada (%48.1) yer aldığı, sigaraya ayırdıkları ortalama aylık bütçenin 234.23±109.71 olduğu, %17.6'sının evinde 3 ve daha fazla sigara içicisi bulunduğu görülmüştür. Katılımcıların %70.4'ü evde sigara yasağı olduğunu; %10.4'ü evde pasif sigara dumanının maruz kaldığını; %23.9'u ise iş yerinde pasif sigara dumanına maruz kaldığını ifade etmiştir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan bireylerin %57.8'si sigarayı bırakmayı düşünmediğini, %58.8'i sigarayı bırakmayı hiç denemediğini, %33.3'ü sigarayı bırakma döneminde yaşayacağı

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Aktif ve Pasif Sigara İçicilik Durumu

Sigara içme yıl ortalaması	9.90 ± 7.70	
Sigaraya ayrılan aylık bütçe	234.23±109.71	
	N	%
Şu anda sigara içme durumu(n=228*)		
İçmiyor	120	52.2
Ara sıra içiyor	38	16.5
Düzenli içiyor	70	30.4
İçilen sigara türü (n=102)		
Sarma tütün	11	10.8
Paket	91	89.2
Sigara içme nedenleri (n=102)		
Rahatlatıyor	49	48.1
Can sıkıntısını gideriyor	41	40.2
Sorunları unutturuyor	12	11.7
Ailesinde sigara içen birey sayısı (n=159**)		
Bir kişi	89	56.0
İki kişi	42	26.4
Üç kişi ve daha fazla	28	17.6
Evde sigara yasağı bulunma durumu		
Yasak var	162	70.4
Yasak yok	68	29.6
Evde sigara dumanına maruziyet durumu		
Maruz kalıyor	24	10.4
Maruz Kalmıyor	206	89.6
İş yerinde sigara dumanına maruziyet durumu		
Maruz kalıyor	55	23.9
Maruz Kalmıyor	175	76.1

*Bu soruya iki kişi cevap vermemiştir.

**Ailesinde sigara içenleri kapsamaktadır

zorluklardan dolayı bırakmayı düşünmediğini, %24.5'i kendisi için sigarayı bırakmanın imkansız/çok zor olduğu ifade etmiştir. Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyi değerlendirildiğinde, %37.6'sının orta düzeyde, %16.8'inin ileri düzeyde bağımlılığa sahip olduğu ve çoğunluğunun sigara bırakma ile ilgili niyet öncesi (%37.4) ve niyet aşamasında (%30.4) olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Katılımcılardan, kadınların erkeklere göre anlamlı ölçüde daha fazla sigara kullandığı (p<0.05), ayrıca akademisyenlerin sigara içme oranının diğer çalışanlardan daha yüksek olduğu

ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 4, p<0.05).

Ayrıca tabloda yer almamakla birlikte katılımcıların pasif sigara dumanına maruziyet durumunun bazı değişkenlerle ilişkisine bakıldığında, diğer çalışanların, memur ve akademisyenlere göre daha fazla pasif sigara dumanına maruz kaldığı görülmüştür (p<0.05). Erkekler kadınlara göre daha fazla pasif sigara dumanına maruz kalmış olsalar da aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4, p>0.05).

Tablo 3. Katılımcıların Sigara Bırakmayla İlgili Tutum ve Davranışları (N=102)

	N	%
Sigarayı bırakmayı isteme durumu	43	42.2
İstiyor	59	57.8
İstemiyor		
Sigarayı bırakmayı deneme durumu	42	41.2
Denemiş	60	58.8
Denememiş		
Sigarayı bırakma konusunda algılanan engelleyici faktörler		
Bırakma döneminde yasayacağım zorluklar	34	33.3
Sigarayı sorun olarak görmeme	26	25.5
Sıkıntı ve kaygı	18	17.7
Sigaradan hoşlanma	18	17.7
Kilo alırım düşüncesi	6	5.8
Sigara bırakmanın algılanan zorluk derecesi		
İmkansız/ çok zor	25	24.5
Belki	47	46.1
Rahatlıkla	30	29.4
Nikotin bağımlılık düzeyi		
Düşük düzeyde bağımlılık	46	45.6
Orta düzeyde bağımlılık	38	37.6
İleri düzeyde bağımlılık	18	16.8
İçinde bulunduğu sigara bırakma aşaması		
Niyet Öncesi Aşama	38	37.4
Niyet Aşaması	31	30.4
Hazırlık Aşaması	30	29.4
Eylem Aşaması	2	1.9
Sürdürme Aşaması	1	0.9

Tartışma

Türkiye'nin doğusunda yer alan bir kamu üniversitesi çalışanlarında sigara içme alışkanlığı, çevresel sigara dumanına maruziyet durumu, bağımlılık derecesi ve düzeyini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular bölgemizde sigara içme

Tablo 4. Katılımcıların Bazı Demografik Özellikleri ile Sigara İçme Durumları Arasındaki İlişki

	Sigara İçme Durumu				Toplam		Önemlilik testi
	İçen Sayı	Yüzde	İçmeyen Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet							$X^2=7.524$
Kadın	54	64.3	30	35.7	84	37.0	p=0.004
Erkek	65	45.5	78	54.5	143	63.0	SD=1
Meslek							$X^2=7.248$
Akademisyen	25	73.5	9	26.5	34	15.0	p=0.027
Memur	82	50.6	80	49.5	162	71.7	SD=2
İşçi	13	43.3	17	56.7	30	13.3	

durumunu ve ülkemizde uygulanan sigarasızlık politikalarının etkisini göstermesi açısından önemlidir. Ancak verilerin sadece bir üniversitede elde edilmiş olması çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Bu çalışmada, çoğunluğunu üniversite eğitimi almış orta yaş bireylerin oluşturduğu örneklemin yaklaşık 1/3'ü, düzenli olarak sigara içtiğini ifade ettiği belirlenmiştir. Bu değerlere ara sıra içenler de dahil edildiğinde, üniversite çalışanlarının yarıya yakınının sigara içen bireylerden oluştuğu söylenebilir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012 sonuçlarına göre Türkiye'de 15 yaş üstü bireylerin %27.1'i tütün ürünü kullanmaktadır ve kullanıcıların %23.8'i düzenli kullanıcılardan oluşmaktadır.¹ Aydın'da 2528 katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcıların %26.7'sinin sigara kullandığı saptanmıştır.¹³ Oysa 2008-2012 yıllarını kapsayan Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planının temel hedefi ülkemizde 15 yaş üzerindeki sigara içmeyenlerin oranını %80'in üzerine çıkarmak iken bu hedefin tam olarak gerçekleştirilemediği görülmektedir.¹² Buna rağmen Türkiye'de yetişkinlerde sigara kullanma oranları bazı dalgalanmalar gösterse de, yıllar itibarıyla bakıldığında aşamalı olarak düştüğü görülmektedir. Ancak bu düşüş trendini devam ettirebilmek için tütün mücadelesindeki kararlılığın, sürdürülmesi sigaraya başlama yaşlarının geciktirilmesi gerekmektedir. Çoğunlukla ergenlik döneminde başlanan sigara, orta yaş döneminde bağımlılık düzeyinde kullanılmaya devam etmektedir.

Bu çalışmada, sigara prevalansı ile ilgili elde edilen bulgular Türkiye ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Özellikle akademisyenlerin sigara kullanma oranları memur-

lardan ve işçilerden daha yüksekken, kadınların da erkeklerden daha fazla sigara içtiği görülmüştür. Genel olarak bakıldığında sigara içiciliği prevalansı, düşük sosyoekonomik, öğretim ve gelir düzeyinde, özellikle işsizlerde en yüksek oranlarda seyrettiği ifade edilmesine rağmen,¹⁴ bu çalışmada akademisyenlerin daha fazla sigara kullandığı görülmüştür. Bu durum tütün ürünü fiyatlarındaki artışla ilişkili olabileceği gibi, farklı iş kollarındaki stresörlerle de ilişkili olabilir. Ancak genel olarak değerlendirildiğinde, üniversite müfredatlarının bireylerde sağlıklı davranışlar geliştirilmesi yönünden güçlendirilmesine ihtiyaç vardır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 15 yaş üstü kadınlarda sigara kullanma oranı %8 düzeyinde iken,¹⁵ TÜİK verilerine göre Türkiye'de bu oran %13.1 düzeyindedir.² Kocaeli'de yürütülen bir çalışmada erkeklerde sigara içme sıklığı %42.5 olup, kadınlara göre (%21.8) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.¹⁶ Bu çalışmada kadınların sigara içme prevalansı erkeklerden daha fazla olduğu gibi, Türkiye ve dünya ortalamasının da üzerindedir. Bu durum çalışmanın yürütüldüğü ilde cinsiyet rol kalıplarının diğer illere oranla görece daha fazla kırılmasından ve bu bağlamda sigaranın özgürlük alanı içerisinde bir yerlere konulmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışma kapsamında sigaraya ayrılan aylık bütçe değerlendirilmiştir. Sigara içenler sigara satın almak için ayda ortalama olarak 146,1 TL harcamaktadır. Hanelerin yarıya yakınında da sigara içen birey sayısının birden fazla olduğu göz önünde bulundurulduğunda, sigaranın aile ekonomisine önemli bir yük bindirdiği söylenebilir. Türkiye'de sigarayla mücadele kapsamında tütün ürünü fiyatlarında artışla birlikte, bireyler bu maliyetten kaçınmak için açık tütün ve kaçak sigara kullanımına

yönelebilmektedirler. Bu çalışmada sigara kullanan bireylerin 1/10'u sarma tütün kullandığını ifade etmiştir. Yanık ve ark. (2004)'nın çalışmasında kullanıcılar daha ucuz olduğu için sarma tütünü tercih ettiklerini ifade etmiştir.¹⁷ Sarma tütün kullanımı ülkemizde bölgesel düzeyde kullanılsa da, özellikle son yıllarda gençler arasında bu kullanım şeklinde artış olduğu dikkat çekmektedir. Oysa filtresiz ya da kaliteli olamayan filtrelerle kullanıldığı için sağlık açısından sarma tütün daha zararlı olabilmektedir.

Çalışma kapsamına alınan bireylerin 1/10'u ev ortamında, yaklaşık 1/4'ü ise iş yerlerinde çevresel sigara dumanına maruz kaldığını ifade etmiştir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına göre Türkiye'de yetişkin bireylerin %15.6'sı işyerinde pasif sigara dumanına maruz kalmaktadır.² Evler ve otomobiller ise özel alan olarak görüldüğünden henüz sigara yasağının girmediği alanları oluşturmaktadır. Ancak evler ve otomobillerde çocukların korunmasını sağlayacak düzenlemelere ihtiyaç vardır.

Sigara içme süresi ve sıklığı ile sigara bağımlılığının düzeyi arasında doğrusal ilişki bulunmaktadır. Sigaraya bağımlılık düzeyinin önemli göstergelerinden biri de sabah uyanıktan sonra içilen ilk sigaranın zamanıdır. Yüksek düzeyde bağımlılık geliştiren bireyler, sabah uyanıktan sonra ilk yarım saat içinde başlamak üzere daha sık sigara içmektedir ve bırakmayla ilgili daha fazla ümitsizdirler. Bu çalışmada katılımcıların %16.8'inde ileri düzeyde bağımlılık bulunmaktadır. Türkiye genelinde ise sigara içenlerin yaklaşık yarısı günün ilk sigarasını uyanıktan sonraki ilk 30 dakika içinde içtiğini ifade etmişlerdir.² Çalışma kapsamına alınan bireylerin yarıya yakını geçmişte sigarayı bırakmayı denemiş olup, yaklaşık 1/4'ü sigara bırakmayı "çok zor" olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların çoğunluğu yoksunluk belirtilerini sigarayı bırakma önünde en önemli engelleyici faktör olarak değerlendirmiştir. Bütün bu veriler üniversitede sigara bırakma ile ilgili farkındalık çalışmalarına ve yönlendirmeye ihtiyaç olduğunu, üniversitelerde sağlık hizmetleri sunumunun güçlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Sigara bırakma süreci niyet öncesi, niyet, hazırlık, eylem ve sürdürme gibi 5 aşamayı içermektedir. Niyet öncesi aşamada birey sigarayı bırakmayla ilgili herhangi bir düşünceye sahip değilken, niyet aşamasında sigara bırakmayı düşünmeye başladığı, hazırlık

aşamasında ise 30 gün içinde bırakmayı planladığı bir dizi süreci takip etmektedir. Velicer'e göre toplumun %80'i niyet öncesi ya da niyet aşamasında yer almaktadır.¹⁸ Bu çalışmada da katılımcıların çoğunluğu sigarayı bırakma ile ilgili niyet öncesi ya da niyet aşamasında olduğunu ifade etmiştir. Kocaeli'de geniş bir örneklem grubu ile yürütülen bir çalışmada 18 yaş üzeri halen sigara içen bireylerin %67.7'si daha önce sigarayı bırakmayı denediğini, sigara bırakmayı deneme girişiminin en sık nedeninin yaşanan sağlık sorunları olduğu görülmüştür.¹⁶ Sigara bırakma çalışmaları bireyin içerisinde bulunduğu aşamaya göre planlanmalıdır. Bu nedenle değişime bireyin bulunduğu yerden başlamak gerekir. Bu doğrultuda niyet öncesi aşamada olan bir bireye uygulanacak motivasyonel teknikler ile hazırlık aşamasında olan bir bireye uygulanacak teknikler birbirinden farklıdır.¹¹ Bu çalışmanın bulgularından da görüldüğü gibi katılımcıların çoğu sigara içme davranışını sürdürme eğilimindedir ve bir sonraki aşamaya geçmelerini sağlamak için süreklilik arz eden farkındalık çalışmaları yürütülmelidir.

Sonuç

Bir üniversite çalışanlarında aktif ve pasif sigara içme prevalansı ve etkileyen faktörleri anlamak için yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre üniversite çalışanlarının yarıya yakınının aktif sigara içicisi olduğu, önemli bir kısmının işyerlerinde ve evde pasif sigara dumanına maruz kaldığı, kadınlarda ve akademisyenlerde sigara içme oranları daha fazla iken, diğer çalışanların pasif sigara dumanına daha fazla maruz kaldıkları görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda, üniversitelerde sağlık birimleri tarafından sürekliliği olan farkındalık çalışmalarının başlatılması ve sürdürülmesi, pasif içiciliği önlemek için ilgili mevzuatların kararlılıkla uygulanması önerilmektedir.

Teşekkür

Çalışmaya veri toplama aşamasında katkı sunan, Hemşirelik 4. Sınıf öğrencisi Demet DÜZGÜNER ve Jiyan YAĞMUR'a teşekkür ederiz.

Etik Komite Onayı: Yazarlar çalışmanın World Medical Association Declaration of Helsinki "Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects", (amended in October 2013) prensiplerine uygun olarak yapıldığını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). Global Report On Trends In Prevalence Of Tobacco Smoking. 2015. [Updated 2015; cited 2017 May 18]. Available from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf?ua=1
2. Sağlık Bakanlığı. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2014, Yayın No:948.
3. CDC. How Tobacco Smoke Causes Disease. 2010. [Updated 2016; cited 2017 May 18]. Available from https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2010/consumer_booklet/pdfs/consumer.pdf
4. World Health Organization (WHO). Report on the Global Tobacco Epidemic. Geneva, 2008.
5. Doğanay S, Sözmen K, Kalaça S, Ünal B. Türkiye’de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor? Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(2):93-115.
6. CDC. Second Hand Smoke (SHS) Facts. 2017. [Updated 2017; cited 2017 May 24]. Available from https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/general_facts/
7. Battal S, Güneş G, Açık Y. Elazığ merkez bölgesinde kadınların çevresel sigara dumanına maruziyeti ve bu konudaki bilgi ve tutumları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009;16(3):149-156.
8. Karatay G. Kars ili 4 no’lu sağlık ocağına kayıtlı 0-6 yaş aralığındaki bebek ve çocuklarda pasif sigara dumanı maruziyetinin belirlenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(2):31-38.
9. Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. Ear Nose Throat J. 1992;69:763-767.
10. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerström test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Toraks 2004;52:115-121.
11. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change, application to addictive behaviours. American Psychologist 1992;47:1102-1114.
12. T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı (TÜİK). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012. Sayı:13142, 31.08.2012. [cited June 2017]. Available from <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142>.
13. Bektaş Uysal H, Yaşar MB, Sönmez Hulki M. Aydın’da sigara içiminin ve hipertansiyonla birlikteliğinin son 20 yıldaki değişimi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2016;20(2):54-63.
14. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafö M. Socioeconomic status and smoking: A review. Ann N Y Acad Sci. 2012;1248:107-123.
15. WHO. World Health Statistics 2013. Geneva: World Health Press, 2013.
16. Barış SA, Yıldız F, Başıyigit İ, Boyacı H. Kocaeli’de sigara içme prevalansı. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2011;59(2):140-145.
17. Yanık M, Gencer M, Ceylan E, Altındağ A. Şanlıurfa’da "sarma tütün" kullanan bir grupta sosyodemografik özellikler ve bağımlılık düzeyleri. Bağımlılık Dergisi 2004;5(1):26-29.
18. Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Bellis, J.M., DiClemente, C.C., Rossi, J.S., Fava, J.L. ve diğerleri (1993). An Expert System Intervention for Smoking Cessation. Addictive Behaviors, 18, 269–290.

Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel Yenilikçilik Davranışları ile Otonomi Düzeyleri Arasındaki İlişki

The Relationship between Nursing Students' Individual Innovative Behaviors and Autonomy Levels

Merve TARHAN^a Pınar DOĞAN^b

ÖZ Amaç: Geleceğin hemşirelerine sürekli değişen ve gelişen dünya düzeni içinde mesleğin varlığını koruyabilecek ve sürdürülecek nitelikleri kazandırmak son derece önemlidir. Bu fikirden yola çıkılarak gerçekleştirilen çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik davranışları ile otonomi düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlandı. **Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı-ilişki arayıcı nitelikteki çalışma, İstanbul'da bir vakıf üniversitesinin hemşirelik bölümünde öğrenim gören 283 öğrenci ile gerçekleştirildi. Bireysel Bilgi Formu, Bireysel Yenilikçilik Ölçeği ve Sosyotropi-Otonomi ölçeğinin alt boyutu Otonomi Ölçeği'nden oluşan anket formu ile veriler toplandı. Tanımlayıcı testler, Mann Whitney- U testi, Kruskal Wallis analizi ve Spearman korelasyon analizi kullanılarak veriler değerlendirildi. **Bulgular:** Öğrencilerin Bireysel Yenilikçilik Ölçeği'den aldıkları puan ortalamasının 65.26 ± 8.66 ve Otonomi Ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının 81.23 ± 18.18 olduğu belirlendi. Öğrencilerin %36,4'ünün kuşkuca yenilikçi davranışı kategorisinde yer aldığı saptandı. Bireysel Yenilikçilik Ölçeği ile Otonomi Ölçeği arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptandı ($r=0.26$; $p<0.001$). Yenilikçi kategorisinde bulunan öğrencilerin Otonomi Ölçeği'den aldıkları sıra ortalaması, diğer kategorilerdeki öğrencilerden ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.001$). **Sonuç:** Çalışmanın sonuçları, öğrencilerin bireysel yenilikçilik davranışları ve otonomi düzeylerinin orta düzeyde yüksek olduğunu, birbirleri arasında pozitif bir ilişki bulunduğunu ve yenilikçi kategorisinde bulunan öğrencilerin otonomi düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Hemşirelik eğitim programlarının, öğrencilerin bireysel yenilikçilik davranışları ve otonomi düzeylerini geliştirecek yönde zenginleştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bireysel yenilikçilik davranışı, hemşirelik öğrencileri, otonomi

ABSTRACT Objective: It is extremely important to provide qualifications that can protect and sustain the existence of profession to the nurses of the future in constantly changing and developing world order. From this point of view, the study was conducted to determine the relationship between individual innovative behavior and autonomy levels. **Methods:** The descriptive-correlational study was carried out with 283 students studying in nursing department of a Foundation University in Istanbul. The data was collected with the questionnaire form consisted of Individual Information Form, Individual Innovative Scale and the autonomy sub dimension of Sociotropy-Autonomy Scale. The data was evaluated with using descriptive tests, Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis analysis and Spearman correlation analysis. **Results:** It was determined that the mean score of the students from Individual Innovative Scale was 65.26 ± 8.66 and Autonomy Scale was 81.23 ± 18.18 . %36,4 were in the category of late majority innovative behavior. It was determined that there was weak and significant positive correlation between Individual Innovative Behavior and Autonomy Scale ($r=0.26$; $p<0.001$). The mean rank of the students in the innovative category was significantly higher at advanced level than the students of other categories ($p<0.001$). **Conclusion:** The results of study shows that the individual innovative behavior and autonomy levels of the students were moderately high, there was a positive relationship between the two and the autonomy levels of students in the innovative category was higher. It is suggested that nursing curriculum should be enriched in the way that students develop individual innovative behaviors and autonomy levels.

Keywords: Individual innovative behavior, nursing students, autonomy

Giriş

Sağlık bakım teknolojilerindeki ilerlemeler, yüksek kalitede sağlık hizmeti sunma çabaları ve toplumun farklılaşan ihtiyaç ve beklentileri

karşısında eski olanı değiştirebilen, yeni olanı uygulayabilen ve yenilikçi yaklaşımlar üretebilen hemşireler yetiştirmek, mesleğin

Geliş Tarihi/Received: 26-09-2017/ **Kabul Tarihi/Accepted:** 14-11-2017

^a Öğr. Gör. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Kavacık mah. Ekinciler cad. No:19 Kavacık Kavşağı 34810 Beykoz/İSTANBUL, e-mail:mtarhan@medipol.edu.tr, ORCID:0000-0002-9841-4708

^b İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Kavacık mah. Ekinciler cad. No:19 Kavacık Kavşağı 34810 Beykoz/İSTANBUL, e-mail:pdogan@medipol.edu.tr, ORCID:0000-0002-3566-7070

Sorumlu Yazar /Correspondence: Öğr. Gör. Merve TARHAN, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, e-mail: mtarhan@medipol.edu.tr

12-13 Mayıs 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilen İstanbul Aydın Üniversitesi I. İstanbul Disiplinlerarası Sağlık Bilimleri Öğrenci Araştırmaları Kongresi'nde sözlü olarak sunulmuştur.

varlığını korumak ve sürdürebilmek için önemli ve zorunludur.¹⁻³ Hemşirelikte yenilikçilik, bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak, bakım maliyetlerini azaltmak ve iş verimliliğini arttırmak için yeni fikirlerin, tekniklerin ya da prosedürlerin uygulanması olarak tanımlanmaktadır.⁴ Hemşirelikte yenilikçilik davranışını geliştirmenin bakım kalitesini, iş üretkenliğini ve tedavinin etkinliğini arttırdığını, sağlık bakım maliyetlerini azalttığını ve sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur.⁴⁻⁶ Bu davranışını etkileyen mesleki, örgütsel ve çevresel etmenlerin yanı sıra bireysel etmenler de bulunmaktadır.³ İnsanın özgür düşünüp karar verme yetisini eyleme geçirme ve bağımsız davranma gücü olan otonomi, bireysel etmenler arasında en önemlisi olarak karşımıza çıkmaktadır.⁷⁻⁹ Çalışanın işe ilişkin yeni fikirler üretmesinde, yeni ürün ve yöntemler geliştirmesinde ve kullanmasında, özgürlük duygusu ve otonominin önemli olduğu belirtilmektedir.⁷

Literatürde, hemşirelerin ve hemşirelik dışı üniversite öğrencilerinin yenilikçilik davranışlarını belirleyen ve bu davranışların farklı değişkenlerle ilişkisini gösteren çalışmalar bulunmasına rağmen, hemşirelik öğrencilerine yönelik yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple çalışmanın önemli olduğu ve hemşirelik öğrencilerinin yenilikçi davranışları ve otonomilerini arttıracak yenilikçi stratejiler konusunda hemşire eğitimciler ve yöneticilere ipuçları vereceği düşünülmektedir. Tüm bilgiler ışığında çalışma, hemşirelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik davranışları ile otonomi düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Gereç ve Yöntemler

Araştırmanın Türü, Yeri-Zamanı ve Evren-Örnekleme

Tanımlayıcı-ilişki arayıcı nitelikteki çalışma, bir vakıf üniversitesinin hemşirelik bölümünde öğrenim görmekte olan öğrenciler ile 1-30 Nisan 2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini belirtilen tarih aralığında bölümde öğrenim gören 419 öğrenci; örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden, çalışmanın yapıldığı tarih aralığında okulda bulunan ve anket formunu tam ve eksiksiz dolduran 283 öğrenci

oluşturdu. Çalışmaya katılım oranı %67,5 olarak bulundu.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Bireysel Bilgi Formu, Bireysel Yenilikçilik Ölçeği ve Otonomi Ölçeği olmak üzere üç bölümden oluşan anket formu kullanıldı.

Bireysel Bilgi Formu: İlk bölüm 10 sorudan oluşmaktadır. Öğrencilerin yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, hemşireliği tercih etme sebepleri ve lisans eğitimi sonrası uzmanlaşma düşüncelerine yönelik 5 bireysel özelliği sorgulanmaktadır. Aynı zamanda bu bölümde, öğrencilerin hemşirelik bakımı konusundaki yenilikleri takip etme durumu, yenilikleri takip ettikleri bilgi kaynakları, lisans eğitimi programlarının kendilerine, bakım verme, otonomi ve yenilikçilik yeterliliği kazandırması konusundaki bireysel görüşlerini sorgulayan 5 soru yer almaktadır.

Bireysel Yenilikçilik Ölçeği (BYÖ): İkinci bölümde, bireylerin yenilikçilik davranışlarını değerlendirebilmek amacıyla "Bireysel Yenilikçilik Ölçeği" kullanıldı. Hurt ve arkadaşları (1977) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2014 yılında Ayşegül Sarioğlu tarafından "Bireysel Yenilikçilik Ölçeğinin Hemşirelikte Geçerlik ve Güvenirliği" adlı yüksek lisans tez çalışmasında yapılmıştır. 7'si fikir önderliği, 7'si değişime direnç ve 4'ü risk alma olmak üzere 18 madde ve 3 alt boyuttan oluşan ölçek 5'li Likert şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçek maddelerinin 11'i pozitif (1-8, 10, 11, 14, 16, 17), 7'si (5, 6, 9, 12, 13, 15, 18) negatiftir. Bireysel yenilikçilik puanı, pozitif maddelerden alınan toplam puandan, negatif maddelerden alınan toplam puanın çıkarılıp, elde edilen puana 42 eklenmesiyle hesaplanmaktadır. Ölçekten en düşük 18, en yüksek 90 puan alınabilmektedir. Elde edilen puanlara göre bireysel yenilikçilik davranışları sınıflandırılmaktadır. Elde edilen toplam puan, 82'nin üzerinde ise "yenilikçi", 75-82 arasında ise "öncü", 66-74 arasında ise "sorgulayıcı", 58-64 arasında ise "kuşkucu" ve 57'nin altında ise "gelenekçi" olarak değerlendirilmektedir.¹⁰ Ölçeğin Croanbach's alfa değeri 0,82 olup, bizim çalışmamızda 0,72 olarak bulundu.

Otonomi Ölçeği (OÖ): Üçüncü bölümde, bağımsız ve özerk kişilik özelliklerini ölçen Sosyotropi-Otonomi Ölçeği'nin otonomi alt boyutu kullanıldı. Beck ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Şahin ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır. Otonomi Ölçeği 12 madde kişisel başarı, 12 madde özgürlük ve 6 madde yalnızlıktan hoşlanma olmak üzere 30 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Her madde 0: Hiç tanımlamıyor, 1: Biraz tanımlıyor, 2: Oldukça tanımlıyor, 3: İyi tanımlıyor, 4: çok iyi tanımlıyor şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçekten en düşük 0, en yüksek 120 puan alınabilmektedir. Alınan puanın yüksek olması, otonomi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.¹¹ Ölçeğin Croanbach's alfa değeri 0.81 olup, bizim çalışmamızda 0.90 olarak bulundu.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce İstanbul Medipol Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik onay (Karar No: 2016/367) ve kurumdan yazılı izin alındı. BYÖ ve OÖ için yazarlardan mail yoluyla izin alındı. Çalışmaya katılan öğrencilere çalışma konusunda bilgi verilip sözel olurları alındı. Yanıtlaması 15-20 dakika süren anket formu, araştırmacılar tarafından öğrencilere verilerek gün içinde uygun oldukları zaman diliminde doldurmaları istendi. Doldurulan anket formları, günün sonunda araştırmacılar tarafından toplandı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp. programı kullanılarak değerlendirildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde; sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma olarak verildi. Bağımsız iki gruba ait sıra ortalamaları karşılaştırılırken Mann Whitney-U testi, bağımsız ikiden fazla gruba ait sıra ortalamaları karşılaştırılırken Kruskal Wallis analizi kullanıldı. Kruskal Wallis analizi sonunda, anlamlılık kararı verilmişse, farklılık yaratan grup ya da grupları bulabilmek için tekrar Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney-U testi kullanıldı. BYÖ ve OÖ alt boyutları arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Güvenilirlik analizi kullanılarak Croanbach's alfa değeri bulundu. Anlamlılık düzeyi α 0,05 olarak kabul edildi.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın tek merkezli olması ve örneklem seçim yöntemine gidilmemiş olması elde edilen sonuçlarla genelleme yapılması mümkün değildir. Çalışma ile ilgili literatürün kısıtlı olması tartışmanın biçimlendirilmesini sınırlandırmaktadır.

Bulgular

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaklaşık beşte ikisi, üçüncü sınıfta öğrenim görmekteydi (%38.2). Yaş ortalaması 20.92 (SS:1.57) olup, 18-26 yaş aralığında değişmekteydi ve çoğunluğunu kız öğrenciler oluşturmaktaydı (%93.6). Yarısından fazlası hemşireliği kendi kararı ile tercih ettiğini (%51.6) ve büyük çoğunluğu lisans eğitimi sonrasında uzmanlaşmayı düşündüğünü (%91.9) belirtti. Öğrencilerin üçte birinden fazlasının, hemşirelik lisans programlarının bakım verme (%38.9) ve otonomi yeterliliğini (%34.6) kazandırdığını, %29.7'sinin ise yenilikçilik yeterliliğini kazandırmadığını düşündüğü görüldü. Yaklaşık üçte biri hemşirelik bakımı ile ilgili yenilikleri takip etmediğini ifade etti (%33.6). Okul eğitiminin (%74.2), internetin (%67.8) ve klinik uygulama alanlarının (%64.3) öğrencilerin yenilikler hakkında en fazla bilgi edindikleri üç kaynak olduğu saptandı. Öğrencilerin bireysel özellik ve yenilikçilikle ilgili görüşlerinin dağılımı Tablo 1'de gösterilmektedir.

Öğrencilerin BYÖ'nden aldıkları puan ortalaması 65.26 ± 8.66 (Min:48, Max:88) olup en yüksek puan ortalamasını fikir önderliği (26.28 ± 4.23), en düşük puan ortalamasını değişime direnç (19.22 ± 5.17) alt boyutlarından aldıkları görüldü. OÖ'nden aldıkları puan ortalaması 81.23 ± 18.18 (Min:26, Max:88) olup en yüksek puan ortalamasını özgürlük (34.90 ± 7.71), en düşük puan ortalamasını yalnızlıktan hoşlanma (14.70 ± 5.13) alt boyutlarından aldıkları görüldü (Tablo 2).

Öğrencilerin bireysel özellik ve yenilikçilik ile ilgili görüşleri ile BYÖ ve OÖ'den aldıkları sıra ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3'de verilmektedir. İkinci ve üçüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerin BYÖ'den aldıkları sıra ortalaması, birinci sınıfta öğrenim gören öğrencilerden ileri düzeyde ($p < 0.01$) ve dördüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p < 0.05$) yüksek bulundu. Dördüncü sınıfta öğrenim

gören öğrencilerin OÖ'den aldıkları sıra ortalaması, birinci ve ikinci sınıfta öğrenim gören öğrencilerden istatistiksel olarak

Tablo 1. Öğrencilerin Bireysel Özellikleri ve Yenilikçilik ile İlgili Görüşleri (N=283)

Özellikler	N	%
Öğrenim Düzeyi		
Birinci Sınıf	56	19.7
İkinci Sınıf	65	23.0
Üçüncü Sınıf	108	38.2
Dördüncü Sınıf	54	19.1
Yaş Grupları (20.92±1.57)		
18-20 yaş	117	41.3
21-23 yaş	150	53.0
24 yaş ve üzeri	16	5.7
Cinsiyet		
Kız	265	93.6
Erkek	18	6.4
Hemşireliği Tercih Etme Sebepleri*		
Kendi kararım	146	51.6
Garanti bir iş	106	37.5
Gelişmekte olan bir meslek	54	19.1
Sevdiğim için	53	18.7
Aylık geliri iyi	45	15.9
Aile baskısı	29	10.2
Hayalimdeki meslek	21	7.4
Diğer	18	6.4
Hemşirelik Eğitimi Sonrası		
Uzmanlaşma Düşüncesi		
Düşünüyorum	260	91.9
Düşünmüyorum	12	4.2
Kararsızım	11	3.9
Bakım Verme Yeterliliğini		
Kazandırması	110	38.9
Olumlu düşünüyorum	92	32.5
Olumsuz düşünüyorum	81	28.6
Kararsızım		
Otonomi Yeterliliğini Kazandırması		
Olumlu düşünüyorum	98	34.6
Olumsuz düşünüyorum	98	34.6
Kararsızım	87	30.7
Yenilikçilik Yeterliliğini		
Kazandırması		
Olumlu düşünüyorum	95	33.6
Olumsuz düşünüyorum	84	29.7
Kararsızım	104	36.7
Bakımdaki Yenilikleri Takip Etmesi		
Evet	188	66.4
Hayır	98	33.6
Yenilikler Hakkındaki Bilgi		
Kaynakları*		
Okul eğitimi	210	74.2
İnternet	192	67.8
Uygulama Alanları	182	64.3
Kongre, konferans, seminer	160	56.5
Akademik yayınlar	97	34.3
Mesleki dernekler	32	11.3
Diğer	10	3.5

*: Birden fazla seçeneğin işaretlendiği sorulardır

anlamli derecede düşük bulundu ($p<0.05$). 24 ve üzeri yaş grubunda olan öğrencilerin OÖ'nden aldıkları sıra ortalaması, 18-20 yaş

ve 21-23 yaş grubunda olan öğrencilerden ileri düzeyde anlamli derecede düşük bulundu ($p<0.01$). Mesleği kendi kararları ile tercih edenlerin BYÖ'den aldıkları sıra ortalaması, diğer sebeplerle tercih edenlerden istatistiksel olarak anlamli derecede yüksek bulundu ($p<0.05$). Lisans eğitimi sonrası uzmanlaşmayı düşünen öğrencilerin BYÖ'den aldıkları sıra ortalaması, düşünmeyen/kararsız kalanlardan istatistiksel olarak anlamli derecede yüksek bulundu ($p<0.05$). Hemşirelik eğitim programlarının yenilikçilik yeterliliğini kazandırdığını düşünmeyenlerin BYÖ'den aldıkları sıra ortalaması, düşünen ve kararsız olan öğrencilerden ileri düzeyde anlamli derecede yüksek bulundu ($p<0.01$). Hemşirelik bakımında yenilikleri takip eden öğrencilerin BYÖ'den aldıkları sıra ortalaması, etmeyenlere göre çok ileri düzeyde anlamli derecede yüksek bulundu ($p<0.001$). Öğrencilerin diğer bireysel özellikleri ve görüşleri ile BYÖ ve OÖ'den aldıkları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 2. Öğrencilerin BYÖ ve OÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları (N=283)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ort. ± S.S.	Min.-Max.
Fikir Önderliği	26.28 ± 4.23	15-35
Değişime Direnç	19.22 ± 5.17	7-34
Risk Alma	16.20 ± 2.60	8-20
BYÖ	65.26 ± 8.66	48-88
Özgürlük	34.90 ± 7.71	11-48
Kişisel Başarı	31.63 ± 7.53	7-48
Yalnızlıktan	14.70 ± 5.13	0-24
Hoşlanmama	81.23 ± 18.18	26-120
OÖ		

Öğrencilerin BYÖ ile OÖ'den aldıkları sıra ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptandı ($r=0.26$; $p<0.001$). OÖ ile BYÖ alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 4'de verilmektedir. Öğrencilerin bireysel yenilikçilik davranışları sınıflandırıldığında, %36.4'ünün kuşku kategorisinde ve %4.2'sinin yenilikçi kategorisinde yer aldığı görüldü. Bireysel yenilikçilik davranışları ile OÖ'nden aldıkları sıra ortalamaları karşılaştırıldığında, yenilikçi aldıkları sıra ortalaması, diğer kategorilerde yer alan öğrencilerden çok ileri düzeyde anlamli derecede yüksek bulundu ($p<0.001$).

Tablo 3. Öğrencilerin Bireysel Özellikleri ve Yenilikçilik ile İlgili Görüşleri ile BYÖ ve OÖ'nden Aldıkları Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=283)

Bireysel Özellik ve Görüşler	BYÖ		OÖ	
	Sıra Ortalaması	Test ve p Değeri	Sıra Ortalaması	Test ve p Değeri
Öğrenim Düzeyi				
Birinci Sınıf ^a	107.83	KW=17.332 p=0.001 b, c>a,d	159.16	KW=8.077 p=0.044 d< a, b
İkinci Sınıf ^b	157.45		152.62	
Üçüncü Sınıf ^c	157.21		138.24	
Dördüncü Sınıf ^d	128.43		118.94	
Yaş Grupları				
18-20 yaş ^a	136.44	KW=3.686 p=0.158	148.45	KW=6.037 p=0.049 c< a, b
21-23 yaş ^b	149.37		141.99	
24 yaş ve üzeri ^c	113.62		94.88	
Cinsiyet				
Kız	143.47	Z=-1.163 p=0.245	140.21	Z=-1.411 p= 0.158
Erkek	120.31		168.33	
Hemşireliği Tercih Etme Sebepleri				
Kendi kararı ile tercih edenler	165.52	Z=2.323 p=0.02	139.51	Z=-1.066 p=0.286
Farklı sebeplerle tercih edenler	136.58		152.80	
Eğitim Sonrası Uzmanlaşma				
Düşünüyorum	145.23	Z=-2.233 P= 0.026	142.69	Z= -0.480 p= 0.631
Düşünmüyorum/Kararsızım	105.50		134.15	
Bakım Verme Yeterliliğini Kazandırması				
Olumlu düşünüyorum	145.66	KW= 2.718 p=0.337	144.40	KW=0.788 p=0.674
Olumsuz düşünüyorum	147.54		145.12	
Kararsızım	130.74		135.20	
Otonomi Yeterliliğini Kazandırması				
Olumlu düşünüyorum	130.89	KW=5.892 p=0.053	139.75	KW=1.105 p=0.575
Olumsuz düşünüyorum	157.90		148.84	
Kararsızım	136.61		136.93	
Yenilikçilik Yeterliliğini Kazandırması				
Olumlu düşünüyorum ^a	131.64	KW=14.083 p=0.001 b> a, c	137.16	KW=3.059 p=0.217
Olumsuz düşünüyorum ^b	170.02		155.07	
Kararsızım ^c	128.84		135.87	
Bakımdaki Yenilikleri Takip Etmesi				
Evet	156.35	Z=-4.153 P=0.000	146.74	Z= -1.371 p=0.170
Hayır	113.60		132.62	

KW: Kruskal Wallis Analizi, Z: Mann Whitney-U testi

Tablo 4. Öğrencilerin BYÖ ve OÖ'den Aldıkları Sıra Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=283)

Ölçek ve Alt Boyutları	Fikir Önderliği	Değişime Direnç	Risk Alma	BYÖ
Kişisel Başarı	0.37 ^a	0.08	0.32 ^a	0.20 ^b
Özgürlük	0.39 ^a	-0.03	0.40 ^a	0.30 ^a
Yalnızlıktan Hoşlanma	0.37 ^a	0.11	0.27 ^a	0.18 ^b
OÖ	0.42 ^a	0.05	0.37 ^a	0.26 ^a

^a:p<0.001 ^b: p<0.01

Tablo 5. Öğrencilerin Bireysel Yenilikçilik Davranışları ile OÖ'nden Aldıkları Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=283)

Bireysel Yenilikçilik Davranışları	Sayı	Yüzde	Sıra Ortalaması	Test ve p Değeri
Gelenekçi	56	19.8	109.27	KW= 25.957 p= 0.000
Kuşkucu	103	36.4	137.72	
Sorgulayıcı	79	27.9	142.61	
Öncü	33	11.7	187.62	
Yenilikçi	12	4.2	201.96	

KW: Kruskal Wallis testi

Tartışma

Çalışmada öğrencilerin çoğunluğunun bakımda yenilikleri takip ettiği ve yenilikler hakkındaki bilgiyi okul eğitiminden aldığı saptanmasına karşın, sadece üçte birinin lisans programlarının yenilikçilik davranışını kazandırmada yeterli olduğunu bildirdiği görülmektedir. Başka bir deyişle öğrencilerin, lisans programlarının yenilikler hakkında bilgi birikimini arttırdığı ancak yenilikçi olmaları, yeniliği başlatmaları ve sürdürmeleri konusunda kendilerine yeterlilik kazandırmadığı görüşünde olduğu söylenebilir. Hemşirelik eğitim programında yer alan geleneksel öğretim yöntemlerinin yanında, teorik ve uygulamanın entegrasyonunu hedef alan simülasyon uygulamaları, vaka veya proje temelli öğrenme gibi yaratıcı ve yenilikçi öğretim yöntemlerinin kullanılması ve deneyime dayalı öğrenme ortamlarının yaratılması öğrencilerin olumsuz algılarının azalmasını sağlayabilir. Aynı zamanda farklı öğretim yöntemlerinin, hemşirelik öğrencilerinin yenilikçilik ve yaratıcılık düzeyleri üzerine etkisini gösteren tanımlayıcı ve deneysel çalışmalara ihtiyaç vardır.

Literatürde, hemşirelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik davranışlarının belirlendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmadığından, karşılaştırma farklı meslek adayları ya da profesyonelleri üzerinde konu ile ilgili çeşitli ölçekleri kullanan ulusal ve uluslararası çalışmalarla yapılmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin orta düzeyde yenilikçi olmaları (BYÖ=65,26±8,66), ülkemizde BYÖ ile öğretmen adayları ve hemşireler üzerinde ve farklı bir ölçme aracı ile Kaliforniya'da hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.¹²⁻¹⁶ Yine aynı çalışmalarda öğretmen adaylarının en fazla sorgulayıcı kategoride yer aldığı görülürken, çalışmamızda hemşirelik öğrencileri en fazla kuşkucu kategorisinde yer almaktadır. Bu durumda öğretmen adaylarına göre hemşirelik

öğrencilerinin ağırlıklı olarak yeniliklere karşı çekingen ve şüpheli bir tavır sergiledikleri ve toplumun genelinin kabul etmesinin ardından yenilikleri benimsedikleri, bir başka deyişle yeniliklere karşı daha temkinli bir tavır sergiledikleri söylenebilir. Diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, hemşirelik öğrencilerinin fikir önderliği ve risk alma puan ortalamalarının daha yüksek, değişime direnç puan ortalamasının ise daha düşük olduğu görülmektedir.^{12-15,17} Bu duruma göre hemşirelik öğrencilerinin yenilikçi fikirlerini uygulamaya geçirmede daha cesur davrandığı, çevresindekileri bu konuda daha fazla etkileme eğilimi gösterdiği ve değişime ve yeniliğe karşı daha az direnç gösterdiği sonucuna varılabilir.

Çalışmada öğrencilerin OÖ puan ortalamalarının 81,2 olması, otonomi düzeylerinin orta düzeyde yüksek olduğu anlamına gelmektedir ve ülkemizde OÖ ile yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Aynı çalışmalarla uyumlu olarak birinci sınıftaki öğrencilerin otonomi düzeylerinin, dördüncü sınıftakilerden daha yüksek olduğu görülmektedir.¹⁸⁻²⁰ Çalışmada hemşirelik öğrencilerinin otonomi düzeylerinin, bireysel özellik ve görüşleri ile karşılaştırıldığında öğrenim düzeyi dolayısıyla yaş grupları dışında anlamlı farklılık yaratmaması ve yıllar içinde yapılan başka çalışmalarda da otonomi düzeylerinde belirgin bir artış görülmemesi, öğrencilerin otonomilerini geliştirme konusunda hemşirelik eğitim programlarının eksikliklerinin ya da yetersizliklerinin olduğunu düşündürmektedir. Öğrencilerin yaklaşık üçte ikisinin, hemşirelik programlarının bakım verme ve otonomi kazandırma yeterliliği konusunda olumlu görüş belirtmemesi, bu düşünceleri destekler niteliktedir. Her geçen gün değişen ve gelişen sağlık bakım ortamlarında, hemşireliğin varlığını sürdürbilmesi için yeni rol ve beceriler geliştirmesinin yanı sıra hemşirelik eğitiminin de otonomi düzeyi

yüksek meslek mensuplarını yetiştirmesi gereklidir. Literatür, hemşirelik öğrencilerinin otonomileri geliştirildiğinde, eleştirel düşünme becerilerini de arttıracaklarını bu nedenle öğrenim hedefleri kapsamına alınması gerektiğini belirtmektedir.^{21,22} Hemşirelik lisans programının ilk senesinden başlayarak profes-yonel role geçiş süreci de dahil olmak üzere meslek adaylarının otonomi düzeylerini arttıran ve mesleki yaşamına hazır hissettiren, öğrenci merkezli, yaparak-yaşayarak öğrenme stratejilerinin geliştirilmesine ve eğitim planına entegre edilmesine ihtiyaç vardır.

Literatürde bireysel yenilikçilik davranışı ile otonomi düzeyi arasındaki ilişkiyi irdeleyecek veriler kısıtlı olmakla beraber, çalışmanın sonuçları öğrencilerin otonomik kişilik özellikleri arttıkça bireysel yenilikçilik davranışlarının da artacağını göstermektedir. Bu sebeple öğrenci merkezli ve öğrencinin aktif katılımını sağlayan öğretim yöntemlerinin kullanılmasının gerekliliği bir kez daha karşımıza çıkmaktadır. Bu noktadan hareketle, özellikle simülasyon gibi, güvenli bir öğrenme ortamında, öğrencilerin hata yapma korkusu yaşamadan kendi deneyimlerinden öğrenmelerine fırsat sağlayan öğretim stratejilerinin kullanılması kaçınılmazdır. Bulgular doğrultusunda, geleceğin hemşirelerinin otonomik kişilik özelliklerinin baskın olması dolayısıyla bireysel yenilikçilik davranışlarının yüksek olması, hemşireliğin değişen ve gelişen sağlık ortamının nabzını tutabilmesi bakımından umut vericidir.

Sonuç

Hemşirelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik davranışları ile otonomi düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada öğrencilerin, bireysel yenilikçilik davranışı ve otonomi düzeylerinin orta derecede yüksek olduğu, en fazla kuşku kategorisinde yer aldığı bununla beraber otonomi düzeyleri arttıkça bireysel yenilikçilik düzeylerinin de arttığı saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda, hemşirelik eğitim programlarına yaratıcılığa ve yenilikçiliğe teşvik eden ve otonomi düzeylerini geliştiren öğretim yöntemlerinin kullanılması, kullanılan farklı öğretim yöntemlerinin öğrencilerin bireysel yenilikçilik ve otonomi düzeylerine etkisini gösteren tanımlayıcı ve deneysel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Teşekkür

Verilerin toplanmasında desteklerini esirgemeyen sevgili öğrencilerimiz, İpek Yazgan, Gamze Koçan,

Sevcan Yağcı, Beyza Nur Hayta ve Filiz Durmuş'a sonsuz teşekkür ederiz.

Kaynaklar

- 1- Kalisch BJ, Begeny S. Preparation of nursing students for change and innovation. *West J Nurs Res* 2010; 32(2): 157-167.
- 2- Kim SJ, Park M. Leadership, knowledge and creativity: the key factors in nurses' innovative behaviors. *J Nurs Adm* 2015; 45(12): 615-621.
- 3- Kara D. İnnovation in nursing practices. *Global Journal on Advances in Pure&Applied Sciences* 2015; 7: 170-174.
- 4- Hughes F. Nurses at the forefront of innovation. *Int Nurs Rev* 2006; 53(2): 94-101.
- 5- Chang L, Liu C. Employee empowerment, innovative behavior and job productivity of public health nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2008; 45 (10): 1442-8.
- 6- Lin CL, Wang YN, Tsai HM. Innovative thinking in nursing practice. *Hu Li Za Zhi* 2013; 60(2): 97-102
- 7- Sönmez B, Yıldırım A. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin yenilikçi davranışları ve yenilikçi davranışlarını etkileyen faktörlere ilişkin görüşlerinin belirlenmesi: niteliksel bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2014; 2(1): 49-59.
- 8- Büyükbayram A, Arabacı LB, Taş G, Varol D. Öğrenci hemşirelerin duygusal zekâ ve sosyotropi-otonomi kişilik özellikleri ile psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişki. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2016; 1(3): 29-37.
- 9- Skar R. The meaning of autonomy in nursing Practice. *J Clin Nurs* 2009; 19: 2226-2234.
- 10- Sarioğlu A. Bireysel yenilikçilik ölçeğinin hemşirelikte geçerlik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: 2014.*
- 11- Şahin N, Ulusoy N, Şahin N. Exploring the sociotropy-autonomy dimensions in a sample of Turkish psychiatric inpatients. *J Clin Psychol* 1993; 49: 751-763.
- 12- Çuhadar Ç, Bülbül T, Ilgaz G. Öğretmen adaylarının bireysel yenilikçilik özellikleri ike teknopedogojik eğitim yeterlilikleri arasındaki ilişki. *İlköğretim Online* 2013; 12 (3): 797-807.

- 13- Özgür H. Bilişim teknolojileri öğretmen adaylarının eleştirel düşünme eğilimleri ile bireysel yenilikçilik özellikleri arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2013; 9(2): 409-420.
- 14- Korucu AT, Olpak YZ. Öğretmen adaylarının bireysel yenilikçilik özelliklerinin farklı değişkenler açısından incelenmesi. Eğitim Teknolojisi Kuram ve Uygulama 2015; 5(1): 111-127.
- 15- Yiğit S, Aksoy K. A comparison between generation X and generation Y in terms of individual innovativeness behavior: the case of Turkish health professionals. Int J Bus Adm 2015; 6(2): 106-117.
- 16- Dy Bunplin JJ, Chapman S, Blegen M, Spetz J. Differences in innovative behavior among hospital-based registered nurses. J Nurs Adm 2016; 46 (3): 122-127.
- 17- Işık C, Türkmendağ T. Atatürk Üniversitesi turizm fakültesi öğrencilerinin bireysel yenilikçilik algılarının belirlenmesi. Turizm Fakültesi Dergisi 2016; 70-99.
- 18- Kaya N, Aştı T, Acaroğlu R, Kaya H, Şendir M. Hemşirelik öğrencilerinin sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10(3): 1-11.
- 19- Karagözoğlu Ş. Nursing students level of autonomy: a study from Trukey. Nurs Educ Tod 2009; 29(2): 176-187.
- 20- Şenturan L, Köse S, Sabuncu N, Özhan F, Göktaş S. Nursing students' of autonomy and submissive behaviours: four-year follow up. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016;19(3): 175-181.
- 21- Potter PA, Perry GA. Fundamentals of nursing: concepts, process, and practice. 4th ed. Missouri: Mosby Company; 2003. p. 313-24.
- 22- Lewis FM, Sterling E. Autonomy in nursing. Ishikawa of Nursing 2006; 3: 1-5.

Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş Güvenliği

Occupational Safety of Nurses Working at the Hospital

Gülnur AKKAYA^a Selma ATAY^b

ÖZ Amaç: Bu çalışma hastanede çalışan hemşirelerin iş güvenliği durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmanın örneklemini, devlet ve üniversite hastanesinde çalışan toplam 272 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, hemşirelerin özelliklerini belirleyen form ve hastanede çalışan sağlık personeli için iş güvenliği ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS 21.0 programında, sayı yüzde, ortalama kullanılarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Araştırma bulgularına göre, hemşirelerin % 61.5'i iş güvenliğine ilişkin tebliğden haberi olmadıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin % 61.5'i çalıştıkları kurumda iş güvenliği uzmanı olup olmadığını bilmediklerini, %52.3'ü kurumlarında çalışan güvenliğine ilişkin komite olduğunu belirtmiştir. Hastanelerde iş güvenliği ölçeği toplam ve alt boyutlar bazında puan ortalamalarına bakıldığında ise; 2.16 ± 0.98 ve 3.96 ± 1.48 aralığında değişmiştir. **Sonuç:** Araştırmada, kurumlarda orta düzeyde bir iş güvenliğini sağlanabildiği bulunmuştur. Mesleki hastalıklar ve şikâyetler alt ölçeği, yönetsel destek ve yaklaşımlar alt ölçeği boyutunda ise, ortalamanın altında bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: İş güvenliği, hastane, hemşire.

ABSTRACT Aim: This research was performed to determine occupational safety state of nurses working at hospitals. **Methods:** This research included a total of 272 nurses employed by state and university hospitals located in the center of Çanakkale. This is a descriptive research and the data were acquired between october and december 2015. Demographic forms and occupational health scale were used as data acquisition tool for health care professionals employed at hospitals. Data were evaluated, in SPSS 21.0 software program using expressed as numbers, percentages, and means. **Results:** 61.5% of nurses stated that they were unaware of communique on occupational safety. 61.5% of nurses indicated that they did not know whether there was an occupational safety specialist at their organization, 52.3% emphasized that there was a committee for employee safety at their organization. When we look the average scores of the total and sub-dimensions of occupational safety measures in hospitals; were spectively found between 2.16 ± 0.98 and 3.96 ± 1.48 . **Conclusion:** According to research findings, nurses expressed that organizations ensured overall medium level of occupational safety. It fell below the average in the occupational diseases and complaints subscale and the administrative support and approaches subscale.

Keywords: Occupational safety, hospital, nurse.

Giriş

İş güvenliğinin amacı; çalışma ortamında iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması, mevcut sağlık, güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işverenlerin yanı sıra çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve görevlerinin belirlenmesidir.¹Başka bir deyişle iş güvenliği; iş ortamında sağlıklı, güvenli çalışma koşullarını oluşturmak, iş kazaları ve meslek hastalıklarını en alt düzeye indirmek, böylece de maddi ve manevi kayıpları önleyerek verimliliği artırmak şeklinde ifade edilebilir. İş güvenliği uygulamaları ile; çalışanın üretimin ve/veya hizmetin güvenliğini korumak, iş yeri güvenliğini

sağlamak, ekolojik çevreye verilen zararı en alt düzeye indirmek mümkündür.² Çalışanların motivasyonunun yükseltilmesinde güvenli çevrede önemli bir rol oynamaktadır.³ İşyerleri açısından da güvenli çalışma ortamının oluşturulması işletmenin rekabet konumunda üst seviyelere çıkmasını sağlamaktadır. Güvenlik açısından kötü şöhreti olan işyeri, nitelikli çalışan bulma konusunda zorlanacaktır. Ayrıca bu işyerlerinde verim düşecek ve işe gelmeme, devamsızlık, rapor kullanma gibi durumlar artarak maliyetler yükselecektir.⁴

Geliş Tarihi/Received: 12-06-2017-**Kabul Tarihi/Accepted:** 04-10-2017

^aÇanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Terzioğlu Kampüsü / Çanakkale, gulnurum@gmail.com, ORCID: 0000-0002-4176-2154

^bÇanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Terzioğlu Kampüsü / Çanakkale, atayselma@gmail.com, ORCID: 0000-0002-2068-1099

Sorumlu yazar /Correspondence: Yrd. Doç. Dr. Gülnur Akkaya Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Terzioğlu Kampüsü / Çanakkale

Hastaneler, hem sağlıklı hem de hasta insanların bulunduğu, aynı zamanda otelcilik, restoran hizmetlerinin verildiği pek çok farklı meslek gurubundan çalışanın bulunduğu, eğitimlerin verildiği, öğrencilerin, ziyaretçilerin olduğu yüksek teknolojinin kullanıldığı karmaşık sistemli işyerleridir.⁵ Dolayısıyla hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, eğitimlerin verilmesi, yöneticilerin gerekli tüm koruyucu önleyici tedbirleri alması, çalışanların bunları uygulaması çok önemlidir. Hastanelerde insan sağlığını tehdit eden, enfeksiyon hastalıkları, havalandırmanın yetersiz olmasından kaynaklanan solunum sistemi hastalıkları, kimyasallara maruz kalmaktan kaynaklanan dermatolojik problemler, radyasyona maruz kalma, ayakta iş görmekten dolayı kas iskelet sistemi hastalıkları, stresten meydana gelen psikolojik sorunlar, gastrointestinal sorunlar, tükenmişlik sendromu, psikolojik ve fiziksel şiddete maruz kalma gibi pek çok olumsuz faktörler sayılabilir.⁶

¹⁰Hastanelerde sağlık işgücü içinde sayısal olarak büyük çoğunluğu oluşturan ayrıca hasta birey ve ailesiyle 7 gün 24 saat birlikte olan sağlık personeli olan hemşireler çeşitli sağlık ve güvenlik tehlikeleri ile karşı karşıya bulunmaktadır. Hemşireler işlerini kapalı alanlarda yapmaktadırlar, kapalı ortam koşullarından dolayı baş ağrısı, mide bulantısı, burun tıkanıklığı, uyuşukluk, baş dönmesi, genel solunum sıkıntısı ve performans düşüşü gibi nonspesifik, grip benzeri semptomların görülmesi ile ilişkilendirilebilir.¹¹Hastanede çalışma ortamının iyileştirilmesi; havalandırma, ergonomik koşullar, koruyucuların temin edilmesi gibi, güvenli ortamda çalışmalarını sağlayacak, bu da hem çalışanları hem de hasta bakım sonuçlarına pozitif yönde etki edecektir. Bizim çalışmamız, hemşirelerin çalışma ortam koşullarına dikkat çekilmesi açısından çok önemlidir. Bu çalışmada hastanede çalışan hemşirelerin iş güvenliği durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Araştırmanın amacı ve türü: Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmanın amacı, hastanede çalışan hemşirelerin iş güvenliği durumlarının belirlenmesidir.

Araştırma, Çanakkale ilinde bulunan üniversite ve devlet hastanesinde, Ekim–Aralık 2015 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın evrenini üniversite ve devlet hastanesinde çalışan hemşireler, örneklemi ise Ekim – Aralık 2015 tarihleri arasında kendisine

ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 272 hemşire oluşturmuştur. Devlet hastanesinde 390, tıp fakültesinde 67 toplam 457 hemşire vardır. Evrenin %60'ına ulaşılmıştır. Dünya'da hemşirelerin veri toplama aracını yanıtlama oranı %40-%50 arasındadır. Ülkemizde ise hemşirelerin anket formlarını yanıtlama oranının % 55-65 arasında olduğu bilinmektedir.¹²

Veri toplama aracı olarak, demografik özellikler formu ve hastanede çalışan sağlık personeli için iş güvenliği ölçeği kullanılmıştır.

Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği; Ölçek, Öztürk ve Babacan (2012,a) tarafından geliştirilmiş ve geçerlilik güvenilirliği yapılmış toplam 45 madde ve mesleki hastalıklar ve şikâyetler (F1), sağlık taraması ve kayıt sistemleri (F2), kazalar ve zehirlenmeler (F3), yönetsel destek ve yaklaşımlar (F4), malzeme, araç ve gereç denetimi (F5), koruyucu önlemler ve kurallar (F6), fiziksel ortam uygunluğu (F7) başlığında 7 alt faktörü bulunan likert tipi bir ölçektir. Maddeler “6” tamamen katılıyorum ile “1” kesinlikle katılmıyorum arasında değerlendirilmektedir. Ölçek toplam puan aralığı 45-270'dir. Ölçekten alınan puan ölçek madde sayısına bölündüğünde puan aralığı 6 ile 1 arasında değer almaktadır. 6'ya yakın puan alınması hastanelerde iş güvenliğinin sağlandığını, 1'e yakın puan alınması iş güvenliğinin sağlanmadığını göstermektedir. Ölçeğin kapsam geçerliliği için CVI (Content Validity Index) %92, güvenilirliği için madde-toplam puan korelasyon değerleri:0.47-0.74 ve Cronbach alpha hemşireler için 0.95 olarak belirtilmiştir.¹³ Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.96 olarak bulundu.

Veriler, araştırmacılar tarafından hafta içi, mesai saatleri içerisinde, servis hemşireleri ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı.

Elde edilen veriler IBM SPSS Version 19 (Licensed Materials-Property of SPSS, Inc., an IBM Compaby) programında analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ortalama kullanıldı.

Araştırma için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından 050.99-69 sayılı ve 2014-06 karar numarası ile izin alındı. Verilerin toplandığı hastanenin bağlı olduğu hastane yönetiminden yazılı uygulama izni alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere çalışmanın amacı anlatılarak sözel onam alındı.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %77.1'i evli, %87.4'ü kadın, %78.6' sının devlet hastanesinde çalıştığı, çalışanların yaş ortalaması 36.4±7.6, kurumda çalışma yıl ortalaması 7.84±7.86 ve mesleki deneyim süresi ortalamaları ise 15.5±8.3 olarak bulundu.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin İş güvenliğine İlişkin Sorulara Verdikleri Yanıtlar

İş güvenliğine İlişkin Sorulara Verilen Yanıtlar	Sayı (N)	%
Bulduğunuz Kurumda İş Güvenliğine İlişkin Komite var mı?		
Var	137	52.3
Yok	30	11.2
Bilmiyorum	95	36.3
Bulduğunuz Kurumda İş Güvenliği Uzmanı Bulunuyor mu?		
Evet	44	16.8
Hayır	57	21.8
Bilmiyorum	161	61.5
İş Güvenliğine İlişkin Tebliğden Haberiniz var mı?		
Evet	101	38.5
Hayır	161	61.5
Çalışan güvenliğine ilişkin Verilen Eğitimden Memnun Olma Durumu?		
Memnun	128	48.9
Memnun değil	134	51.1

Tablo 1'de araştırmaya katılan hemşirelerin iş güvenliğine ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar incelendiğinde hemşirelerin %61.5'i iş güvenliğine ilişkin tebliğden haberi olmadığını, %61.5'i bulunduğu kurumda iş güvenliği uzmanı olup olmadığını bilmediğini, %52.3'ü kurumlarında çalışan güvenliğine ilişkin komite olduğunu, %51.1'i çalışan güvenliğine ilişkin verilen eğitimden memnun olmadığını belirtmiştir.

Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin iş güvenliği ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları Tablo 2'de verilmiştir. Tablo 2 incelendiğinde; toplam ölçek puan ortalaması 3.05±0.92 iken, mesleki hastalıklar ve şikâyetler alt ölçeği puan ortalaması 2.16±0.98, sağlık taraması ve kayıt sistemleri alt ölçeği puan ortalaması 3.33±1.36, kazalar ve zehirlenmeler alt ölçeği puan ortalaması 3.51±1.49, yönetsel destek ve yakla-

şimler alt ölçeği puan ortalaması 2.54±1.11, malzeme, araç ve gereç denetimi ölçeği puan ortalaması 3.71±1.46, koruyucu önlemler ve kurallar alt ölçeği puan ortalaması 3.96±1.48 ve fiziksel ortam uygunluğu alt ölçeği puan ortalaması 3.58±1.53 olarak bulundu.

Tablo 2. Araştırmaya Dahil Edilen Hemşirelerin İş Güvenliği Ölçek ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Toplam ve alt boyutlar	Ort ± SS
F1. Mesleki Hastalıklar ve Şikâyetler	2,16±0.98
F2. Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemi	3,33±1.36
F3. Kazalar ve Zehirlenmeler	3.51±1.49
F4. Yönetsel Destek ve Yaklaşımlar	2.54±1.11
F5. Malzeme, Araç ve Gereç Denetimi	3.71±1.46
F6. Koruyucu Önlemler ve Kurallar	3.96±1.48
F7. Fiziksel Ortam Uygunluğu	3.58±1.53
Toplam Ölçek	3.05±0.92

Tartışma

Çalışmamızda hemşirelerin %61.5'i iş güvenliğine ilişkin tebliğden haberi olmadığını belirtmiştir. Öztürk ve ark (2012,b) çalışmasında, hemşirelerin %54'ü hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına ilişkin tebliği okuduğunu belirtirken %46'sı okumadığını belirtmiştir.¹⁴

Çalışmamızda hemşirelerin %51.1'i çalışan güvenliğine ilişkin verilen eğitimden memnun olmadığını belirtti (Tablo 1). Perthas ve ark. (2012) yaptıkları literatür taramasında, hemşireler çalıştıkları hastanede, güvenli hasta taşıma, güvenli enjeksiyon uygulama politika ve eğitiminin olmadığını ve bu nedenlerden dolayı daha fazla hemşirenin yaralanmaya maruz kaldığını belirtmiştir.⁴ Hemşirelerin iş güvenliği ölçeği toplam ve alt ölçekler bazında puan ortalamaları ise; toplam ölçek puan ortalaması 3.05±0.92 iken mesleki hastalıklar ve şikâyetler alt ölçeği puan ortalaması 2.16±0.98, sağlık taraması ve kayıt sistemleri alt ölçeği puan ortalaması 3.33±1.36, kazalar ve zehirlenmeler alt ölçeği puan ortalaması 3.51±1.49, yönetsel destek ve yaklaşımlar alt ölçeği puan ortalaması 2.54±1.11, malzeme, araç ve gereç denetimi ölçeği puan ortalaması 3.71±1.46, koruyucu

önlemler ve kurallar alt ölçeği puan ortalaması 3.96 ± 1.48 ve fiziksel ortam uygunluğu alt ölçeği puan ortalaması 3.58 ± 1.53 olarak bulunmuştur. Ölçeğin değerlendirilmesinde 6'ya yakın puan alınması hastanelerde iş güvenliğinin sağlandığını, 1'e yakın puan alınması iş güvenliğinin sağlanmadığını gösterdiği için toplamda orta düzeyde bir iş güvenliğini sağlandığını söylemek mümkündür. Ayrıca mesleki hastalıklar ve şikâyetler alt ölçeği, yönetsel destek ve yaklaşımlar alt ölçeği boyutunda ortalamanın altında olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırma bulgularımıza benzer şekilde Öztürk ve ark (2012,b) yaptığı çalışmada mesleki hastalıklar ve şikâyetler alt ölçeği puan ortalaması düşük bulunmuştur. Literatür incelendiğinde hemşirelerin, kas-eklem, damar hastalıkları, mide-bağırsak şikâyetleri, cilt, alerji, hepatit, üst solunum yolu enfeksiyonları, depresyon, kesici delici alet yaralanmalarına bağlı yumuşak doku travması gibi sorunları hastane de çalışan diğer meslek gruplarından daha fazla yaşadıkları görülmektedir.^{6,15-17} Benzer şekilde Pakowska ve ark. (2017) Polonya'da, yasal düzenlemelerden sonra tıbbi personelin yaralanmalarının kayıt altına alınması ile ilgili yaptıkları çalışmada, hemşirelerin yaralanma insidansının, hastanedeki diğer sağlık profesyonellerine göre anlamlı derecede yüksek ve yaralanmanın çoğunlukla iğne batmasından kaynaklandığını belirtmektedir.¹⁸ Clarke'ın (2007) Amerika'da 2000 hemşire ile yaptığı çalışmada, 12 saat çalışan hemşirelerin, çalışma saati az olanlara oranla %68 daha fazla iğne batmasına maruz kaldığını ve bu oranın çok yüksek olduğunu belirtmektedir.¹⁹ Hemşirelerin kendi isteklerinden ya da eleman eksikliğinden dolayı 12-24 saat çalışmaları sonucunda yaralanma risklerinin arttığı düşünülmektedir. Ayakta durma, ağır kaldırma, duruş bozukluklarından dolayı hemşirelerde, özellikle de ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde bel ağrısı sık görülmektedir. Literatür incelendiğinde bel ağrısından şikâyet eden hemşirelerin oranı; Yunanistan'da %75, Japonya'da %71, Hollanda'da %62, İtalya'da %33-76, Türkiye'de %65 olarak görülmektedir.²⁰

Araştırma bulgularımıza benzer şekilde Öztürk ve ark (2012,b), Çelikkalp ve ark (2016) çalışmalarında da yönetsel destek ve yaklaşımlar alt ölçeği puan ortalaması düşük bulunmuştur.^{14,21} Hasta ve iş güvenliğine yönelik tebliğ ile hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanmasına ilişkin hükümlerin yerine getirilmesinde hastane yönetimi hukuksal

ve organizasyonel açıdan yükümlü tutulmaktadır.²² Fakat gerek çalışanlar ve gerekse hasta bakım kalitesinin artmasında yönetsel destek çok önemlidir. Stone ve Gershon (2006) çalışmalarında hemşirelerin çalışma koşullarının gözlenmesinin ve hastanelerde kurumsal iklimin geliştirilmesinin çalışanlarda düşük tükenmişlik ve hasta bakım kalitesinde artma gibi sistem çıktıları artıracaklarını belirtmişlerdir.²³ Benzer şekilde Gershan et al (2000) 481 hemşire ile yaptıkları çalışmada, hastane üst yöneticilerinin iş güvenliğini sağlamada ve konu ile ilgili eğitimlerde desteğinin düşük olması hemşirelerin iş kazalarına maruz kalmasını artırdığını belirtmişlerdir.²⁴ Clarke ve ark. (2002) yaptıkları çalışmada, iş yükünün fazla olması ve yönetimin iş güvenliği ile ilgili desteğinin düşük olması, hemşirelerde iğne batması ile yaralanmada ve hata yapma oranlarında artışa neden olduğunu belirtmiştir.²⁵ Sağlık kurumlarının hasta güvenliğinin geliştirilmesi için birçok düzenleme yaptığı ve önlemler aldığı bilinmektedir. Kurumların hasta güvenliği gibi sağlık çalışanlarının da güvenliğini sağlayan önlem ve düzenlemeleri yapması gerekmektedir. Hemşirelerin güvenliğini artırmak için alınan önlemler daha sağlıklı ve etkin bir işgücü sağlayacağı gibi uzun vadede de hastaların yararına olacaktır.²⁶

Sonuç

Araştırma bulgularına göre, kurumların toplamda orta düzeyde iş güvenliği sağladığı, mesleki hastalıklar ve şikâyetler, yönetsel destek ve yaklaşımlar alt ölçeğinde ise ortalamanın altında olduğu görüldü.

Sağlık kurumlarında önemli bir gruba oluşturan hemşirelere yönelik, iş güvenliğine ilişkin önlemlerin artırılması, hemşirelerin bilgilendirilmesine yönelik yasal düzenlemeler hakkında eğitimlerin bölüme yönelik olması önerilebilir. Hemşirelerin, iş kazalarının, hastalıklarının, raporlarının, aldıkları hizmet içi eğitimlerin kayıt altına alınması ve kurumda işyeri hemşiresinin bulundurulması önerilebilir.

Hemşirelerin iş sağlığı, çalışma ortamı her zaman araştırılması gereken çok önemli ve güncel bir konudur. Bundan sonra da araştırmanın farklı illerde devlet, tıp fakültesi, özel, klinik ve dal hastanelerinde de yapılması önerilebilir.

Araştırmanın sınırlılıkları: Bu araştırma, bir ildeki üniversite ve devlet hastanesinde Ekim-Aralık 2015 tarihlerinde çalışan izinli ve/veya

raporlu olmayan hemşirelere ilişkin verileri yansıtmaktadır.

Kaynaklar

- 1) İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. Resmi Gazete 2012 .(Erişim tarihi: 17.05.2017) Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm>
- 2) Ceylan, H. Türkiye'deki iş kazalarının genel görünümü ve gelişmiş ülkelerle kıyaslanması [Overview of Job Accidents in Turkey and Comparison with Developed Countries] International Journal of Engineering Research and Development 2011;3(2):18-24.
- 3) Kıdak L, Aksaraylı M. Sağlık Hizmetlerinde Motivasyon Faktörleri [Motivation Factors in Healthcare Services] Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2009; 7(1): 75-94.
- 4) Sadullah Ö, İnsan kaynakları yönetimi [Human Resources Management]. 7.Baskı. İstanbul:İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayınları (2877); 2015.p. 452-498.
- 5) Abdullah NAC, Spickett JT, Rumckev KB, Dhaliwal SS. Validity and reliability of the safety climate measurement in Malaysia. International Review Of Business Research Papers 2009; 5(3): 111-141.
- 6) AlçelikA, Deniz F, Yeşildal N, Mayda NS, Şerifi AB. AİBÜ tıp fakültesi hastanesinde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi [Health survey and life habits of nurses who work at the medical faculty hospital at AIBU]. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni [TAF Preventive Medicine Bulletin] 2005; 4(2): 55-65.
- 7) Waehrer G, Leigh JP, Miller TR. Cost of occupational injury and illness with in the health services sector. International Journal of Health Services. 2005;35(2):343-359.
- 8) Akkaya G.Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı açısından sağlık kuruluşlarında iş sağlığı, iş güvenliği, meslek hastalıklarına bir araştırma [Occupational health, occupational safety, occupational diseases and a research in health institutions in terms of European Union and Turkish Legislation][Doktora tezi]. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü [İstanbul University Institute of Social Sciences], İstanbul, Türkiye, 2007.
- 9) Bahçecik N, Öztürk H. The occupational safety and health in hospital from the point of nurses. Collegium Antropologicum 2009; 33(4): 1205-14.
- 10) Rios KA, Barbosa DA, Belasco AGS. Evaluation of quality of life and depression in nursing technicians and nursing assistants. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2010; 18(3):413-20.
- 11) Sveinsdottir H. Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2006; 20(2):229-237.
- 12) Çınar ES. Farklı kuşaklardaki hemşirelerin çalışma ortamları algısı ile işten ve meslekten ayrılma niyetinin incelenmesi [Investigation of nurses from different generations' perception of work environments and their intention to leave the organization and profession][Yüksek Lisans Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Dokuz Eylül University Institute of Health Sciences], İzmir, Türkiye. 2016.
- 13) Öztürk H, Babacan E. (a) Bir ölçek geliştirme çalışması: hastanede çalışan sağlık personeli için iş güvenliği ölçeği [A Study in Scale Development: The Occupational Safety Scale (OSS) for Health Care Personnel Working in Hospital]. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012; 9(1): 36-42.
- 14) Öztürk H, Babacan E, Anahar ÖE. (b) Hastanede çalışan sağlık personelinin güvenliği [The occupational safety of health personnel in hospital]. Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi [Gümüşhane University Journal of Health Sciences]. 2012; 1(4):252-268.
- 15) Perhats C, Keough V, Fogarty J, Hughes NL, Kappelman JC, Scott M, Moretz J. Non-violence related work place injuries among emergency nurses in the united states: implications for improving safe practice, safe care. Journal Of Emergency Nursing 2012; 38(6):541-548.
- 16) Devebakan N. Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği [Occupational Health and Safety in Private Health Care Organizations][Doktora Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

- [Dokuz Eylül University Institute of Social Sciences], İzmir, Türkiye, 2007.
- 17) Sarıçam H. İş sağlığı ve güvenliği kapsamında hemşirelerin karşılaştığı risk ve tehlikelerin iş stresi düzeyleri üzerine etkisi [Faced nurses under the occupational health and safety risk and hazards on the effect of level of workstress] [Yüksek lisans tezi], Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Dokuz Eylül University Institute of Medical Sciences], İzmir, Türkiye, 2012.
- 18) Pakowska AG, Górajski M, Szatko F. Did legal regulations change the reporting frequency of sharp injuries of medical personnel? Study from 36 hospitals in province, Poland. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 2018;31(1).
- 19) Clarke SP. Hospital work environments, nurse characteristics, and sharps injuries. *American Journal of Infection Control* 2007; 35(5):302-309.
- 20) Karahan A, Kav S, Abbasoğlu A, Doğan N. Low back pain: prevalence and associated risk factors among hospital staff. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65(3):516-524.
- 21) Çelikkalp Ü, Varol SG, Keloğlu G, Bilgiç Ş. Hemşirelerin çalışma ortamlarında iş güvenliği uygulamalarını değerlendirmesi [The assessment of workplaces of nurses on occupational safety]. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016;15(5):408-413.
- 22) Hakeri H. Sağlık Çalışanı Güvenliği Ve Hukuksal Sorumluluk Health [Workers Safety and Legal Responsibilities] Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi [Journal of Health Quality and Performance]. 2010;1(1) : 53-59.
- 23) Stone PW, Gershon RM. Nurse work environments and occupational safety in intensive care units. *Policy, Politics & Nursing Practise*. 2006;7(4):240-247.
- 24) Gershon RR, Karkashian CD, Grosch JW, Murphy LR, Escamilla-Cejudo A, Flanagan PA, Bernacki E, Kasting C, Martin L. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incident. *American Journal of Infection Control*. 2000; 28(3):211-221.
- 25) Clarke SP, Rockett JL, Sloane MD, Aiken LH. Organizational climate, staffing, and safety equipment as predictors of needle stick injuries and near-misses in hospital nurses. *American Journal of Infection Control*. 2002;3(4):207-216.
- 26) Sunal N. Hemşirelerin iş güvenliği. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. Aralık-Ocak-Şubat 2014-2015; 33: 40-45.

İntörnlerin Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Risklerin Değerlendirilmesi

Assessing the Risks that Interns Meet in the Working Environment

Özlem TERZİ^a, Yıldız PEKŞEN^b

ÖZ Amaç: Sağlık profesyonellerinin çalışma ortamları, çalışanların sağlığı için riskli alanlardan biridir. Tıp fakültesi öğrencileri, özellikle de intörnler, eğitimleri ve hastanelerdeki klinik uygulamaları sırasında bu risklere maruz kalmaktadırlar. Bu çalışmada, Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören intörnlerin karşılaştıkları bazı mesleki risklerin ve işle ilgili şikayetlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı tipteki çalışmaya 2016 yılında bir Tıp Fakültesi Hastanesinde öğrenim gören tüm intörnler dahil edilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu ile toplanmış ve SPSS 22.0 paket programında analiz edilmiştir. Veriler sayı, yüzdelik, ortalama ve ortanca ile ifade edilmiştir. **Bulgular:** İntörnlerin %87'sinin çalışma süresi haftalık 45 saati aşmaktadır. Çalışma ortamı ve koşullarıyla ilişkili olarak uykusuzluk (%84.3), yorgunluk (%79.1), yeterli ve dengeli beslenememe(%76.9), sosyal kısıtlılık (%75.4), boyun ve sırt ağrısı (%57.5) gibi şikayetlerinin olduğu belirlenmiştir. İntörnler en sık biyolojik etkenler (%92.5'i) ile karşılaşabileceklerini ifade etmişlerdir. İntörnlerin delici-kesici aletle yaralanması sıklığı %73,9 olup, yaralananların %86'sı yaralanma sırasında eldiven kullandıklarını belirtmişlerdir. Son bir yılda hasta ve/veya hasta yakınları tarafından şiddete uğrama sıklığının %61.9 olduğu tespit edilmiştir. **Sonuç:** Sağlıklarını tehdit eden ve en sık karşılaşılan risk faktörleri fazla çalışma süresi ve delici-kesici alet yaralanması olarak belirlenmiştir. Ayrıca şiddet oranındaki yükseklik de dikkat çekici bulunmuştur. Tıp fakültesi ve eğitim veren hastanelerin yöneticilerinin, risk faktörlerini azaltılmaya yönelik düzenlemeler yapması ve intörnlerde de mesleki risk faktörleri açısından farkındalığın artırılması önerilmektedir. **Anahtar Kelimeler:** İntörn, tıp öğrencisi, mesleki maruziyet, risk faktörleri

ABSTRACT Objective: The working environments of health professionals are one of the risky areas for employees' health. Medical faculty students especially interns, are exposed to these risks during their training and clinical practices in hospitals. In this study, it was aimed to determine some occupational risks and work-related complaints encountered by the interns who were educated at a Faculty of Medicine. **Materials and Methods:** All the interns trained at the Faculty of Medicine Hospital in 2016 were included in the descriptive study. The data were collected by the questionnaire developed by the researcher and analyzed in the SPSS 22.0 package program. The data were evaluated in terms of number, percentile, mean and median. **Results:** The study period of 87% of interns exceeds 45 hours per week. Regarding with the working environment and conditions; There were complaints such as insomnia (84.3%), fatigue (79.1%), adequate and balanced nutrition (76.9%), social limitation (75.4%) and neck and back pain (57.5%). Interns said that they could most frequently encountered with biological agents (92.5%). The prevalence of interns injuries with penetrating-cutting instruments was 73.9%, and 86% of the injuries stated that they used gloves during the injury. It has been determined that the frequency of being exposed to violence by patients and/or relatives is 61.9%. **Conclusion:** The most common risk factors that threaten their health have been identified as overtime and needlestick and sharps injuries. In addition, the height of the violence rate is also remarkable. It is suggested that managers of medical faculties and training hospitals should make regulations to reduce risk factors. It is also proposed to increase awareness in terms of occupational risk factors in the interns.

Keywords: Intern, medical student, occupational exposure, risk factors

Giriş

Kişinin yaptığı iş ile sağlığı arasında ilişki çok eski tarihlerden beri bilinmektedir. Toplumla sağlık hizmeti sunmayı amaç edinmiş sağlık çalışanları da bu hizmeti sunarken bedensel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklarını tehdit eden pek çok riske maruz kalmaktadırlar.^{1,2}

Enfeksiyon hastalıkları, radyasyon, inhalasyon anesteziikleri, çeşitli kimyasal maddeler, yoğun çalışma temposu, uzun ve kesintisiz mesai saatleri, ağır iş yükü, ergonomik olmayan çalışma ortamı, hasta ve hasta yakınlarının yakınmaları, işyeri şiddeti bu risklerden

Geliş Tarihi/Received: 20-09-2017/ **Kabul Tarihi/Accepted:**23-12-2017

^a Yrd. Doç. Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD. Samsun, e-mail: ozlem.terzi@omu.edu.tr, ORCID:0000-0002-9524-5582

^b Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD. Samsun, e-mail: ypeksen@omu.edu.tr, ORCID:0000-0002-9997-9743

Sorumlu yazar /Correspondence: Yrd. Doç. Dr. Özlem TERZİ, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD. Samsun, e-mail: ozlem.terzi@omu.edu.tr

bazılarıdır. Ayrıca farklı yönetim tarzları, yetersiz kaynaklar, eğitim ve iş üzerindeki kontrolün düşük olması gibi nedenler ile hekimler, yüksek düzey stres altında çalışmak zorunda kalmaktadırlar.³⁻⁷

Sağlık çalışanlarının en sık maruz kaldıkları risklerden birisi kan yoluyla bulaşan enfeksiyon hastalıkları olup, özellikle hastane çalışanları için sürekli bulaş riski söz konusudur. Dünya çapında her yıl yüzbinlerce sağlık çalışanı delici-kesici aletlerle yaralanma sonucu kanla bulaşan enfeksiyon hastalıkları için risk altındadırlar. Normal sağlıklı bir insana göre sağlık çalışanlarında HBV enfeksiyonu geçirme riski yaklaşık 10 kat fazladır. HIV pozitif olan sağlık çalışanlarının yarısından fazlasında da enfeksiyonun nedenini, mesleksi kazalar oluşturmaktadır.⁸

Hekimler için önemli risk oluşturan faktörlerden birisi olan uzun süreli ve kesintisiz çalışma saatlerinin; sağlık hizmetinin devamlılık göstermesi, ertelenemez oluşu ve sağlık personelinin etkin istihdam edilememesi gibi nedenlerle daha da arttığı ifade edilmektedir.⁹ Çalışma sürelerinin uzun ve düzensiz olması, vardiyalı çalışma ve nöbetler sağlık çalışanlarında aşırı yorgunluk, uykusuzluk ve tükenmişliğe sebep olmakta, iş kazası ve meslek hastalığı geçirme riskini de arttırmaktadır.⁸ Sağlık hizmetlerinde çalışanlarda ağır iş yükü, zaman baskısı, hastalık bulaşma riski, bakımı ve tedavisi güç hastalarla uğraşma gibi pek çok stresöre maruz kalma sonucu yüksek oranda fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar görülmektedir.²

Tıp fakültesi öğrencileri ve özellikle de intörnler, eğitimleri ve hastanelerdeki klinik uygulamaları sırasında bu risklere maruz kalmaktadırlar. Amerika'da 17 üniversite üzerinde yapılan bir çalışmada tıp öğrencilerinin %50'den fazlasının herhangi bir delici kesici aletle yaralandığı rapor edilmiştir.¹⁰ Benzer çalışmalarda da tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin her yıl %11 ile %30 arasında değişen oranlarda yaralanma insidanslarının olduğu ifade edilmektedir.¹¹⁻¹⁴ Yine eğitimleri sırasında karşılaştıkları zorluklar ve sıkıntılar yüzünden fiziksel ve psikolojik sağlıklarının olumsuz etkilendiği ve tıp öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve tükenmişliğin yaygın olduğu bildirilmiştir.¹⁵⁻¹⁷ Yapılan sistematik bir derlemede hekimlerin %46,7 ile %100,0'ü arasında değişen oranlarda şiddete uğradığı ülkemizde benzer şekilde intörn

hekimlerinde iş yerinde şiddete uğradıkları belirtilmektedir.¹⁸⁻²⁰

Tıp öğrencilerinin ve intörnlerin eğitimleri sırasında maruz kalacakları riskler nedeniyle hem kendi sağlıkları hem de gelecekteki meslek yaşantıları olumsuz etkileneceğinden, bu tür risklerin tespit edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması önemlidir. Bu çalışmada 2016 yılında, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi (OMÜTF)'nde eğitim ve öğrenim gören intörn hekimlerin karşılaştıkları bazı mesleki risklerinin ve işle ilgili şikâyetlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler

Tanımlayıcı tipte olan çalışma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12.02.2016 tarih ve OMU KA EK 2016/50 sayılı yazısı ile onay alınmıştır. Çalışmada bir örneklem seçilmeyip tüm intörnlere ulaşılması hedeflenmiştir. 01-31 Mart 2016 tarihleri arasında OMÜTF Hastanesinde intörnler, staj gördükleri servislerde araştırmacılar tarafından ziyaret edilerek, çalışma hakkında kısa bir bilgi verildikten sonra, anket formları dağıtılmış ve aynı gün içinde toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen veya formları eksik dolduran intörnler çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışma için 2015-2016 öğrenim yılı sonunda mezun olacak 185 intörnden 134(%72,4)'üne ulaşılarak çalışma tamamlanmıştır.

Katılımcılara uygulanan anket formunda demografik özellikleri, çalışma saatleri, nöbet tutma, beslenme alışkanlıkları, sağlıklarını tehdit eden bazı mesleki riskler, kesici-delici alet yaralanmaları, iş koşullarından dolayı yaşadıkları sağlık sorunları, şiddete (sözel ve/veya fiziksel) maruziyet durumları ve psikolojik durumları sorgulanmıştır. Anket formu çoktan seçmeli ve açık uçlu 32 sorudan oluşturulmuştur. Bazı sorulara birden fazla cevap verilmiştir. Mesleki açıdan risk oluşturan durumlar liste halinde sunulmuştur. Listede yer alan bakteri, virüs veya pansuman artıkları "biyolojik etkenler" olarak, ilaç, antiseptik, dezenfektanlar vb "kimyasal etkenler" olarak, radyasyon, gürültü, yetersiz aydınlatma vb. "fiziksel etmenler" olarak, uzun süre çalışmak, uygunsuz postürde çalışmak vb. "mekanik etmenler" olarak gruplandırılarak değerlendirilmiştir. Psikolojik durumlarını değerlendirmek için "Son üç ayda işinizle ilgili bir sorundan dolayı kendinizi psikolojik olarak kötü hissettiniz mi?" ve

“Mesleki bilgi ve beceri eksikliği sebebiyle hata yapma endişesi yaşadığımız olur mu?” şeklinde sorular sorulmuştur. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programında bilgisayara aktarılmış ve analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken normal dağılıma uyan sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ile diğerleri ortanca (en küçük-en büyük) ve frekans veriler ise yüzde (%) ile ifade edilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan intörnlerin yaş ortalamaları $24,6 \pm 1,5$ yıldır ve % 59,0'u kadındır. İntörnlerin %87'sinin haftalık çalışma süresinin 45 saati aştığı tespit edilmiştir. Günlük ayakta çalışma süreleri ortanca değeri 6,0 (min:1-maks:10) saat/gün olarak hesaplanmıştır. İntörnlerin günlük uyuma sürelerinin ise 6,0 (4,0-8,0) saat/gün olduğu belirlenmiştir.

İntörnlerin %97,0'sinin hastanenin çeşitli bölümlerinde gece nöbeti tuttıkları ve nöbetlerden sonra en sık uykusuzluk (%84,3), yorgunluk (%79,1), sosyal kısıtlılık (%75,4), sinirlilik (%67,9) ve baş ağrısı (%62,7) şikâyetlerinin olduğu tespit edilmiştir.

Yeterli ve dengeli beslenemediklerini ifade edenlerin oranı %76,9'dur. Yeterli ve dengeli beslenememe nedenleri ise; hastane yemeklerinin lezzet ve çeşit açısından yetersiz oluşu (%61,2), iş yoğunluğu nedeniyle öğünleri vaktinde yiyememe (%58,2) ve zaman kısıtlılığı nedeniyle fast food tarzı beslenme (%51,5) olarak belirtilmiştir.

İntörnlere “Mesleki açıdan hangi etkenlerle karşılaşma riskiniz olduğunu düşünüyorsunuz?” diye sorulduğunda, %92,5'i biyolojik etkenleri, %82,8'i mekanik etkenleri, %76,9'u fiziksel etmenleri, %73,1'i kimyasal etkenleri ve %47,8'i ise şiddeti karşılaştıracakları mesleki risk faktörleri olarak belirtmişlerdir (Bu soruda birden fazla seçenek işaretleyenler vardır).

Çalışmaya katılan intörnlerin %73,9'unun son bir yılda en az bir kez, herhangi bir delici-kesici aletle yaralandığı belirlenmiştir. İntörnlerin yaralanma nedenleri ve yaralanma sonrası yaptıkları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Yaralanma öyküsü olan intörnlerin %86,8'i yaralanma sırasında eldiven kullandığını belirtmiştir. Yaralanmaya neden olan tıbbi aletin, hasta vücut sıvılarıyla kontamine olup olmadığını bilenlerin oranı %93,0 iken, hastanın bu yolla geçebilecek bir enfeksiyonu olup olma-

Tablo 1. İntörnlerin yaralanma nedenleri ve yaralanma sonrası yapılan işlemlerin dağılımı (N=99)

Yaralanma nedenleri	n (%)
Enjektör başlığını tekrar takarken	40 (40,4)
İntravenöz girişim sırasında	47 (47,5)
Kontamine malzemeleri toplarken	2 (2,0)
Pansuman sırasında	4 (4,0)
Diğer	6 (4,5)
Yaralanma sonrası yapılan işlemler*	
Yara yerini antiseptik solüsyonla yıkamak	70 (70,7)
Hasta ve kendisinin serolojik durumuna bakmak	40 (40,4)
Sadece hastanın serolojik durumuna bakmak	9 (9,0)
Aşı yada İmmünglobulin yaptırmak	5 (5,0)

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

dığı bilenlerin oranı ise %24,7 olarak hesaplanmıştır. Yaralanan intörnlerin sadece %20,2'si söz konusu yaralanmayla ilgili iş kazası bildirimini yaptığını beyan etmiştir.

“Çalışma koşullarından dolayı olduğunu düşündüğünüz fiziksel yakınmalarınız nelerdir?” diye sorulduğunda intörnler en sık boyun ve sırt ağrısı (%57,5) şikâyetlerinin olduğunu ifade ederken, hiç şikayeti olmadığını belirtenlerin oranı %20,1'dir. Yakınmaları nedeniyle sadece bir intörn (%0,7) sağlık kuruluşundan istirahat raporu almıştır. İntörnlerin çalışma koşullarından dolayı olduğunu düşündüğü fiziksel ve psikolojik yakınmaları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. İntörnlerin yaşadıkları çeşitli fiziksel ve psikolojik yakınmaların dağılımı (N=134) *

Fiziksel yakınmalar	n (%)
Üst ekstremitelerde ağrı	30 (22,4)
Alt ekstremitelerde ağrı	48 (35,8)
Boyun/sırt ağrısı	77 (57,5)
Bel ağrısı	62 (46,3)
Şikayeti yok	27 (20,1)
Psikolojik yakınmalar	
Son üç ayda işiyle ilgili kendisini psikolojik olarak kötü hissetme	112 (83,6)
Mesleki bilgi ve beceri eksiklikleri nedeniyle hata yapma endişesi	100 (74,6)

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Son bir yıl içinde çalışma ortamında hasta ve/veya hasta yakınları tarafından şiddete uğrama durumları değerlendirildiğinde intörnlerin %61,9'u sözel ve/veya fiziksel şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir.

Tartışma

Hekimlerin pek çoğunun meslek hayatları boyunca karşılaştığı en sık sorunlardan birisi uzun ve kesintisiz çalışma saatleridir ve sağlık hizmetinin süreklilik arz etmesi nedeniyle yasal olarak tam süreli çalışan hekimler için haftalık 45 saat, kısmi süreli çalışanlar için ise 40 saat olan çalışma süresinin hep aşıldığı belirtilmektedir.^{9,21} Çalışmada intörnlerin haftalık çalışma sürelerinin büyük oranda yasal süreyi aştığı belirlenmiştir. Tutulan gece nöbetleriyle birlikte uzun süreli çalışma saatlerinin, intörnlerde görülen nöbet sonrası yakınmaların sebebi olduğu düşünülmektedir. Özellikle nöbet sonrası uykusuzluk, yorgunluk ve sosyal kısıtlılık yaşadıklarını ifade edenlerin oranı yüksek olmakla beraber, yeterli ve dengeli beslenememe nedenlerinin sıralamasında da iş yoğunluğu ve zaman kısıtlılığı üst sıralarda yer almaktadır. Asistanlar üzerine yapılan bir çalışmada %66,7'sinin düzensiz uyuduğu, %60,7'sinin düzensiz beslendiği ve nöbet tutanların tutmayanlara göre örgütsel stres kaynağı puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur.²² Başka bir çalışmada asistanlarda nöbet sonrası anksiyetenin ve depresif duygu durumunun arttığı ve dikkatin azaldığı saptanmıştır.²³ Uzun ve yoğun çalışma saatlerinin ve gece nöbetlerinin, intörn hekimlerin fiziksel ve psikolojik sağlık durumlarına olumsuz yansımalarının olması elbette beklenen bir sonuçtur. İş sağlığı alanındaki mevzuatlar göz önüne alındığında, bu konuda gerekli düzenlemeleri yapmak konusunda intörnlerin eğitim aldıkları ve nöbet tuttıkları birimlerin sorumlularına ve hastane yöneticilerine önemli sorumluluklar düşmektedir.

Çalışmada intörnler mesleki açıdan en sık biyolojik risk faktörleriyle karşılaşabileceklerini bildirmişlerdir. Tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, enfeksiyon hastalıklar açısından kendisini risk altında hissetme oranının, son sınıf öğrencilerinde diğer sınıflara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gösterilmiştir.²⁴ Hastalarla temasın daha yoğun olması nedeniyle, enfeksiyon hastalıkları yönünden farkındalık düzeyinin, tıp fakültesi

eğitiminin son yılında daha çok arttığı düşünülebilir.

Tıp öğrencilerinin tecrübesizlikleri nedeniyle delici-kesici aletlerle yaralanma bakımından yüksek risk altında oldukları belirtilmektedir.²⁵ Varsou ve ark. çalışmasında tıp öğrencilerinde delici kesici aletlerle yaralanma oranı %11 olarak bildirilmiştir.¹² Lauer ve ark. çalışmasında ise tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin yaralanma sıklığının %21-23 arasında olduğu gösterilmektedir.¹¹ Bu çalışmadaki yaralanma sıklığının diğer çalışmalardan yüksek olması, çalışma ortamının farklılığından kaynaklanabileceği gibi, intörnlerin iş yoğunluğu ve uzun çalışma saatleri sonucu ortaya çıkan yorgunluk ve dikkat azalmasına bağlı olabileceği de düşünülmektedir. Nitekim Lauer ve ark. da çalışmasında öğrencilerin yaralanma nedenleri olarak en sık dikkatsizlik ikinci olarak iş stresinin olduğunu göstermiştir.¹¹ Bu çalışmadaki yaralanma nedenleri ülkemizde sağlık çalışanları üzerinde yapılan diğer çalışmalardakine benzer bulunmuştur.^{24,26,27} Bu tip kazaları önlemek için, girişimsel işlemlere yönelik uygulamalı eğitimlere ağırlık verilmesi ve sık sık tekrar edilerek, doğru uygulama yapma konusunda alışkanlık edinilmesi sağlanabilir.

Yaralanmaya sebep olan aletin, hasta vücut sıvılarıyla kontaminasyon durumlarını bilme oranının yüksek olması olumlu olarak değerlendirilmiştir. Buna rağmen aletin kontamine olduğunu ifade edenlerde, serolojik takip oranları beklenenden daha düşük olarak yorumlanmıştır. Yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, sağlık çalışanlarının mesleki biyolojik riskleri, risklerle temas konusunda koruyucu önlemleri, temas sonrası izlem prosedürlerini ve serolojik takip konularını yeterince bilmedikleri ve önemsemedikleri belirtilmiştir.²⁸ Diğer çalışmalara benzer şekilde intörnlerin enfeksiyon bulaşma riskini önemsemedikleri ve bu nedenle serolojik takip yaptırmadıkları düşünülmektedir.

Delici kesici aletlerle yaralanma sorunu-na karşı korunma önlemlerinin geliştirilmesi için kaza bildiriminin yapılması çok önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir.²⁹ Lauer ve ark. çalışmasında tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde kaza bildirim oranı %47 iken, Varsou ve ark. %40 olarak bildirmişlerdir.^{11,12} Bu çalışmada ise bildirim oranının %20,2 olduğu görülmektedir. Benzer bir değerlendirme Uçak ve ark. çalışmasında da yapılmış olup sağlık

çalışanları için yaralanmalarda kaza risk algılarının düşük olduğu, yaralanmaları ve kazaları rapor etmeyi önemsemedikleri sonucuna varılmıştır.³⁰ Kaza bildiriminin önemsenmemesi ve bildirim oranlarının çok düşük olmasının nedenlerinden birisi konu hakkında bilgi yetersizliği olabilir. Nitekim Lauer ve ark. çalışmalarında, öğrencilerin dörtte üçü kaza bildirimini konusunda daha iyi bir bilgilendirme talep etmişlerdir.¹¹

Çalışmalarda sağlık çalışanlarının özellikle de hastalarla temas halinde olanların, başta bel ağrısı olmak üzere kas-iskelet sistemine ait problemler için risk grubu oldukları belirtilmiştir.^{31,32} Çalışmamızda kas iskelet sistemine ait yakınmaların oranları diğer çalışmalarla farklılık göstermekle birlikte yakınma çeşitliliği açısından literatürle uyumlu olduğu görülmüştür. Tot ve Bal'ın ve Çevik ve ark.'nın çalışmalarında, hekimlerin hata yapma endişesi taşıması veya psikolojik olarak kendini kötü hissetme durumunun; artmış psikolojik stres, ağır iş yükü ve bunun iş dışı yaşama yansımaları, hastaların ve yakınlarının yakınmaları, şiddet ve taciz riski veya düşük iş doyumu gibi durumlar ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.^{33,34} Çalışmada psikolojik olarak kendini kötü hissetme oranının yüksek olmasının nedeni, uzun çalışma saatleri ve nöbetlerden dolayı yaşadıkları yoğun iş stresinden kaynaklanabilir. Hekim adaylarının yaşadıkları psikolojik sıkıntıların önceden belirlenmesi ve buna karşı önlem alınmasının, gelecekteki mesleki yaşantılarına olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Ülkemizde 2008 yılında İlhan ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, intörnlerin çalışma yaşamı boyunca şiddete uğrama sıklığı %65,5 olarak bildirilmiş olup, bu çalışmayla kıyaslandığında oldukça düşük olarak değerlendirilmiştir.¹⁸ Çünkü bu çalışmada sadece son bir yıllık çalışma süresinde şiddete uğrama sıklığı %61,9 olarak belirlenmiştir. Buradan yola çıkarak ülkemizde ne yazık ki hekime yönelik şiddet vakalarının arttığını söylemek mümkündür. Her ne kadar hasta ve hasta yakınlarıyla yoğun iletişimde oldukları için hemşireler daha çok hedef olsalar da, diğer sağlık personeline göre kısmen daha az iletişim halinde olan intörnlere de şiddete uğrama sıklığının oldukça yüksek olduğu görülmektedir.³⁵ Çalışmamızın bir kısıtlılığı olarak şiddetin türü sorgulanmamıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastane acillerinde ve 112 acilde çalışan sağlık personelinin %72,1'inin son

bir yıl içinde herhangi bir formdaki şiddete maruz kaldığı bulunmuştur.³⁶ Türkiye'nin değişik bölgelerinden yedi tıp fakültesi hastanesinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %68,0'inin son bir yılda şiddete maruz kaldığı, şiddetin türü açısından değerlendirildiğinde ise %67'sinin sözlü şiddet, %16,0'sının fiziksel şiddet ve %3,0'ünün cinsel taciz olduğu saptanmıştır.²⁰ Çalışma ortamında şiddete maruz kalmanın kaygı düzeyini arttırdığı ve buna bağlı olarak iş veriminde düşme, dikkat ve konsantrasyon eksikliği, hatalı uygulamalar, sosyal ilişkilerde bozulma gibi sorunlara neden olduğu ifade edilmektedir.³⁷ Sağlık sektöründe psikolojik şiddetin (sözlü sataşma, taciz, vb.) fiziksel şiddetten daha yaygın görülen bir durum olduğu açıktır ve bu tür uygulamalara maruz kalacak sağlık personellerinde önemli oranda psikososyal sorunlarla karşılaşılmasının kaçınılmaz bir sonuç olacağını düşünmekteyiz.

Sonuç olarak; çalışma grubunu oluşturan intörnlerin, haftada 45 saatten fazla çalışma, kesici-delici alet yaralanması, şiddete maruz kalma gibi çeşitli risklerle karşılaşmış oldukları tespit edilmiştir. İntörnlerin iş koşulları nedeniyle oluştuğunu düşündükleri uykusuzluk, yorgunluk, baş ağrısı, sinirlilik ve kas-iskelet sistemine ait yakınmalarının olduğu, kendilerini psikolojik olarak kötü hissettikleri belirlenmiştir. Çalışmada ayrıca intörnlere yönelik şiddet olaylarının yüksek olduğu, intörnlerin maruz kalacakları mesleki riskleri yeterince bilmedikleri ve özellikle enfeksiyon riskine karşı gereken bireysel koruyucu önlemleri yeterince almadıkları tespit edilmiştir. Her ne kadar tıp fakültesinde öğrencilere maruz kalacakları mesleki risklere yönelik eğitim verilse de, özellikle delici kesici alet yaralanma sıklığının azaltılması için, uygulamaya yönelik eğitimlere ağırlık verilmesi ve zaman zaman tekrarlanmasını öneriyoruz. Uzun çalışma süresi ve yoğun iş temposu, gerekli teknik alt yapı ve donanımın sağlanması, gibi konularda başta üniversite yönetimi olmak üzere ilgili tüm kurumların gerekli hassasiyeti göstermesi gerektiğini düşünmekteyiz. Artan sağlıkta şiddet olgularına yönelik ise ancak uzun vadeli toplumsal eğitim müdahaleleri ile başarı sağlanacağı kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Erdal R. Hekimin sağlığı. In: İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S, Ed. İç hastalıkları. 3rd ed. Ankara: Güneş Kitabevi, 2012;80-83.

2. Centers for Disease Control and Prevention. Exposure to stress:occupational hazards in hospital. DHHS (NIOSH) Publication No.2008-136.
3. Chauvin A, Hutin A, Leredu T, Plaisance P, Pateron D, Yordanov Y. Accidental blood exposures among emergency medicine residents and young physicians in France: a national survey. *Internal and Emergency Medicine* 2017;12:221-227.
4. Ruitenburt MM, Frings-Dresen MH, Sluiter JK. How to define the content of a job-specific worker's health surveillance for hospital physicians? *Safety And Health At Work* 2016;7:18-31.
5. Memon AG, Naeem Z, Zaman A, Zahid F. Occupational health related concerns among surgeons. *Int J Of Health Sciences* 2016;10:279-291
6. Saygun, M. Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları [Occupational health and safety problems in health workers]. *TAF Koruyucu Hekimlik Bülteni [TAF Preventive Medicine Bulletin]* 2012;11:373-382.
7. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;4: CD002892.
8. Emiroğlu C. Sağlık Sektöründe Mesleki Riskler ve Hukuksal Düzenlemeler [Occupational risks and legal regulations in health sector]. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG)* 2012;1:16-25.
9. Kumaş H, Beyaztaş FY. The Evaluation of the working conditions of physicians in Turkey. *Cumhuriyet Medical Journal* 2007;29:123-127.
10. Sharma GK, Gilson MM, Nathan H, Makary MA. Needlestick injuries among medical students: incidence and implications. *Acad Med* 2009;84:1815-1821.
11. Lauer AC, Reddemann A, Meier-Wronski CP, Bias H, Gödecke K, Arendt M, et al. Needlestick and sharps injuries among medical undergraduate students. *American Journal of Infection Control* 2014;42:235-239.
12. Varsou O, Lemon JS, Dick FD. Sharps injuries among medical students. *Occup Med (Oxford)* 2009;59:509-511.
13. Moon CS, Hwang JH, Lee CS, Park KH, Kim ES. Exposure to blood and body fluid among medical students in Korea. *Am J Infect Control* 2010;38:582-583.
14. Merlin JS, Morrison G, Gluckman S, Lipschik G, Linkin DR, Lyon S. et al. Blood and body fluid exposures among US medical students in Botswana. *J Gen Intern Med* 2011;26:561-564.
15. Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. Prevalence of depressive symptoms, ways of coping, and related factors among medical school and health services higher education students. *Turk Psikiyatri Derg* 2007;18:137-146.
16. Alvi T, Assad F, Ramzan M, Khan FA. Depression, anxiety and their associated factors among medical students. *J Coll Physicians Surg Pak* 2010;20:122-126.
17. Costa EFO, Santos SA, Santos ATRA, Melo EV, Andrade TM. Burnout syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. *Clinics* 2012;67:573-580.
18. İlhan MN, Özkan S, Kurtcebe ZÖ, Aksakal FN. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan araştırma görevlileri ve intörn doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. [Exposure to violence and related factors among research assistants and intern doctors in Gazi University Hospital]. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2009;28:15-23.
19. Özcan NK, Bilgin H. Violence towards healthcare workers in Turkey: a systematic review. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2011;31:1442-1456.
20. Acik Y, Devenci SE, Gunes G, Gulbayrak C, Dabak S, Saka G, et al. Experience of workplace violence during medical speciality training in Turkey. *Occupational Medicine* 2008;58:361-366.
21. Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun Sayısı:2368 R.G. Tarihi:31.12.1980 R.G. Sayısı:17207
22. Önsüz F, Hıdıroğlu S, Gürbüz Y, Topuzoğlu A, Karavuş M. Determining organizational stress level of resident physicians in an university hospital. *New Symposium Journal* 2008;46:23-34.
23. Yavaşcaoğlu B, Aydın B, Karataş EG, Kaya FN, Özcan B, Kırılı S. Cognitive functions of nausea in anesthesia assistants and its effect on mental status. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;33:75-79.
24. Gocgeldi E, Istanbuluoglu H, Turker T, Gulec M, Ceylan S, Kocak N. Investigation

- of the knowledge level of medical students about health risks originating from occupational exposure. *Gulhane Medical Journal* 2001;53:195-204.
25. Norsayani MY, Noor Hassim I. Study on incidence of needle stick injury and factors associated with this problem among medical students. *Journal of occupational health* 2003;45:172-178.
 26. Azap A, Ergönül Ö, Memikoğlu KO, Yeşilkaya A, Altunsoy A, Bozkurt GY, et al. Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in Ankara, Turkey. *American Journal Of Infection Control* 2005;33:48-52.
 27. Bozkurt S, Kökoğlu ÖF, Yanıt F, Kocahasanoğlu U, Okumuş M, Sucaklı MH. ve ark. Sağlık çalışanlarında iğne batması ve cerrahi aletlerle olan yaralanmalar [Needle sticks and injuries due to surgical instruments in health care providers]. *Dicle Tıp Dergisi [Dicle Medical Journal]* 2013;40:449-452.
 28. Aygün P. Kesici-Delici Alet Yaralanmaları ve Korunma Önlemleri [Cutting tool injuries and protection measures]. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongre Kitabı [National Sterilization Disinfection Congress Book] Antalya: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2007:385-391.
 29. Thomas WJ, Murray JR. The incidence and reporting rates of needle-stick injury amongst UK surgeons. *Ann R Coll Surg Engl* 2009;91:12-17.
 30. Uçak A, Kiper S, Karabekir H.S. Occupational accidents faced by health workers and the effect of training on reducing occupational accidents. *Bozok Tıp Dergisi* 2011;1:7-15.
 31. Dıraçoğlu D. Musculoskeletal pain among medical staff. *Journal of Medical Sciences* 2006;26:132-139.
 32. Waters T, Collins J, Galinsky T, Caruso C. NIOSH research efforts to prevent musculoskeletal disorders in the healthcare industry. *Orthop Nurs* 2006;25:380-389.
 33. Tot Ş, Bal N. Psychiatric problems in medical doctors. *New Symposium Journal* 2003;41:143-150.
 34. Çevik A, Holliman JC, Yanturalı S. Emergency physicians and "burn out" syndrome. *Turkish Journal of Trauma&Emergency Surgery* 2003;9:85-89.
 35. Gomaa AE, Tapp LC, Luckhaupt SE, Vanoli K, Sarmiento RF, Raudabaugh WM, et al. Occupational traumatic injuries among workers in health care facilities—United States, 2012–2014. *MMWR* 2015;64:405-410.
 36. Canbaz S, Dünder C, Dabak Ş, Sünter AT, PekşenY, Çetinoğlu EÇ. Violence towards workers in hospital emergency services and in emergency medical care units in Samsun: an epidemiological study. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery* 2008;14:239-244.
 37. Gökçe T, Dünder C. The frequency of exposing to violence and its effects on state and trait anxiety levels among the doctors and nurses working in Samsun Psychiatry Hospital. *Journal of Turgut Ozal Medical Center* 2008;15:25-28.

Hemşirelerin Bireysel ve Profesyonel Değerlerinde Kuşaklararası Farklılıklar

Personal and Professional Difference between the Generation of Nurses

Gülşen IŞIK^{*a} Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ^{†*b} Yasemin TOKEM^{*c}Dilan YILMAZ^{*d} Aylin İLHAN^{*e}

ÖZ Amaç: Bu araştırmanın amacı hemşirelerin bireysel ve profesyonel değerleri arasındaki kuşaklararası farklılıkları belirlemektir. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı ve karşılaştırmalı tipteki bu çalışma, İzmir'deki bir üniversite hastanesinde çalışan, X kuşağındaki 85 (doğum tarihi 1965-1979 yılları arasında olanlar) ve Y kuşağındaki 79 (doğum tarihi 1980-1999 yılları arasında olanlar) olmak üzere toplam 164 hemşire ile yürütülmüştür. Veriler, araştırmacılar tarafından 30 dakikalık süre içerisinde yüz yüze görüşme yöntemi ile Birey Tanıtım Formu, Portre Değerler Anketi ve Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği-Revize kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Ki Kare, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U testi ve spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan hemşirelerin %51.8'i X kuşağı, %48.2'si ise Y kuşağıdır (n=164). X kuşağındaki bireylerin %96.4'ü kadın olup, %52.9'u üniversite mezunu, %72.6'sı evli; Y kuşağındaki bireylerin ise %93.7'si kadın, %51.9'u üniversite mezunu, %58.2'si evlidir ve bu özellikler açısından X ve Y kuşağı arasında istatistiksel olarak fark yoktur. X kuşağındaki hemşirelerin Portre Değerler Anketi ve Hemşirelerin Profesyonel Değerler Ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çalışmaya katılan X ve Y kuşağındaki hemşirelerin Portre Değerler Anketi ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. **Sonuç:** Çalışmada, X ve Y kuşağındaki hemşirelerde bireysel ve profesyonel değerler açısından fark olmadığı belirlenmiştir. X ve Y kuşağı hemşirelerin birlikte çalışması, sürekli iletişim ve etkileşim halinde bulunmalarının sonucu etkilediği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire; bireysel değerler; profesyonel değerler; kuşaklararası farklılık; X kuşağı; Y kuşağı

ABSTRACT Aim: The aim of this study was to determine differences between generations of nurses regarding their personal and professional values. **Material and Method:** A descriptive and comparative study was conducted in a university hospital in Izmir, Turkey. The study was conducted with 164 nurses who accepted to take part in the study. Eighty five nurses that were born between 1965-1979 coded as X generation and 79 of them were coded as Y generation as they were born between 1980-1999. Data were collected by conducting a face to face interview by using Individual Characteristics Form, Portrait Values Questionnaire and Nurses' Professional Values Scale-Revised. Descriptive statistics, chi-square, Mann-Whitney U test and spearman correlation analysis were used in the analyzation of the data. **Results:** 51.8% of nurses were in X generation and 48.2% of them were in Y generation (n=164). In X generation, 96.4% of them were women, 52.9% of them were graduated from university and 72.6% of them were married. In Y generation, 93.7% of them were women, 51.9% of them were graduated from university and 58.2% of them were married. There was no statistically significant difference between these X and Y generation in terms of these characteristics. The difference between the mean scores of nurses at the X and Y generation on Nurses' Professional Values Scale and Portrait Values Questionnaire was not statistically significant. It was determined that there was a significant positive correlation between the mean scores of the Nurses' Professional Values Scale and the Portrait Values Questionnaire of X and Y generation nurses who participated in the study. **Conclusion:** In the study, it was determined that there was no difference between X and Y generation nurses regarding their personal and professional values. It was thought that working together, continuous communication and interaction between X and Y generations resulted in these results.

Keywords: Nurse; personal values; professional values; difference between generations; X generation; Y generation.

Geliş Tarihi/Received:09-10-2017/ **Kabul Tarihi/Accepted:**23-11-2017

* İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

^a Arş Gör, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, e-mail: glsen20@gmail.com, ORCID NO:0000-0002-0270-2415

^b Yrd. Doç. Dr., Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, e-mail: nurayegelioglu@gmail.com, ORCID NO:0000-0001-6194-3131

^c Prof.Dr., İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, e-mail: ytokem@yahoo.com, ORCID NO:0000-0001-9140-2846

^d Lisans öğrencisi, e-mail: dilanyilmaz@gmail.com, ORCID NO:0000-0002-7481-8257,

^e Lisans öğrencisi, e-mail: aylin.ilhan1996@gmail.com, ORCID NO:0000-0001-8884-6374

Sorumlu Yazar /Correspondence: Arş. Gör. Gülşen Işık, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, e-mail: glsen20@gmail.com , ORCID NO:0000-0002-0270-2415

Giriş

Değerler; bireylerin ideal davranış tarzları ya da kendini adadığı idealler ve inançlardır.¹ Bireylerin davranışlarına rehberlik eden değerler dinamiktir ve insanın hayat döngüsü içinde değişmektedir.² Zamanla bazı değerlere verilen önem artarken bazılarının verilen önem azalmaktadır. Literatürde genel olarak üç çeşit değerden bahsedilmektedir. Bunlar; bireysel değerler, profesyonel değerler ve toplumsal değerlerdir.^{3,4} Bireysel değerler kişinin davranışının temelini oluşturur ve içinde bulunulan toplumun özelliklerine göre kişinin tutum ve davranışlarını şekillendirir.⁴ Schwartz'ın değer yaklaşımına göre özerklik, yenilikçilik, hazcılık, başarı, güç, güvenlik, uyumluluk, hümanizm, yardımseverlik ve geleneksellik olmak üzere 10 değer vardır. Schwartz bu 10 değeri bir üst kategori olan değişime açıklık (özerklik, yenilikçilik), muhafazakârlık (güvenlik, uyumluluk, geleneksellik), kendini aşma (hümanizm, yardımseverlik) ve kendini güçlendirme (başarı, güç) temel değerleri altında birleştirmiştir.^{2,5} Bir mesleğin temelini oluşturan profesyonel değerler ise kişisel ve temel değerlerin yansıması ile oluşmakta ve mesleki etik değerlerden köken almaktadır.^{4,6} Meslek üyelerinin kendilerini mesleğin bir üyesi olarak algılaması ve kişiliği ile mesleği bütünleştirmesi profesyonel değerlerin oluşumunda önemli bir etkidir. Profesyonel bir meslek olan hemşirelikte değerler; hemşirelik bakımının kaliteli olması, karar verme yeteneğinin gelişmesi ve mesleki sosyalleşme açısından önemlidir. Amerikan Hemşireler Birliği ve Uluslararası Hemşirelik Konseyi'nin hemşirelik etiği ile ilgili çalışmalar sonucunda belirlediği yedi temel değer; estetik, fedakârlık, eşitlik, özgürlük, insan onuru, adalet ve hakikattir.^{3,4}

Bilimsel, teknolojik, kültürel ekonomik gelişmeler, değişmeler ve küreselleşmenin etkisiyle zaman içerisinde toplumsal değerlerde değişim meydana gelmiştir. Aynı tarihsel zamanda ve aralıklarda doğan belli bir sosyal gruba mensup olan kuşaklar da bu toplumsal değişimlerden etkilenmektedir.⁷ Aynı dönem ve yaş grubunda olan bireylerin benzer davranışları gösterdiği ve her yeni kuşakla bu davranışların değişebildiği belirtilmektedir. Çeşitli tarihi, siyasi ve sosyal olayların her kuşağın tutum, değer ve inançlarını şekillendirdiğine inanılmaktadır.^{8,9} Dünya'da şu ana kadar beş kuşak yer almaktadır ve her yeni gelen kuşakla birlikte yaşam tarzları ve hayata bakış açıları da

değişmektedir. Türkiye'deki kuşak dağılımları; Sessiz kuşak (1925-1945), Bebek patlaması kuşağı (1946-1964), X kuşağı (1965-1979), Y kuşağı (1980-1999) ve Z kuşağı (2000 yılı ve sonrası) şeklinde sınıflandırılmıştır.^{9,10,11} Kuşaklararası değerlere bakıldığında literatürde; sonraki kuşakların yenilikçi, değişime açıklık ve özerk değerleri daha fazla benimsediği, geleneksellik ve kendini kısıtlamayı ise daha az benimsedikleri ifade edilmiştir. Eşitlik, yardımseverlik ve hümanizm değerleri ise ilk kuşaklarca daha fazla benimsenmektedir.^{12,13} Olgun kuşaklar ekonomik ve fiziki güvenliği kapsayan değerleri önemserken genç kuşaklar özerklik ve kendini ifade etmeyi tercih etmişlerdir.¹³ Anne ve babaların birlikte çalışmaya başlamış olduğu dönemde olan X kuşağı bağımsız yaşam şekline alışmıştır. X kuşağı için zaman kıymetlidir ve en kolay ve hızlı öğrenme yollarını tercih ederler. X kuşağı sonuç odaklıyken Y kuşağı süreçten keyif almak istemektedir ve kişisel değerlerini yüceltme merakı vardır. Y kuşağı kendine güvenen, sorgulayan, takım odaklı, başarılı, bağlılık ve bağımlılık arasındaki farkı iyi bilen bir kuşaktır ve otoriteden hoşlanmamaktadır.^{2,14}

Kuşaklararası temel değerlerde farklılıklar vardır ve yaşanan bu farklılıkların profesyonel değerleri etkileyebileceği düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerinin profesyonel bir üyesi olan hemşirelik mesleğinde farklı kuşaklar bir arada çalışmaktadır. Bunlar genel olarak X ve Y kuşaklarıdır. Z kuşağı da yakın zamanda çalışma hayatına başlayacak ve hemşirelik mesleğinde kuşak çeşitliliğini artıracaktır.⁸ Literatür incelendiğinde hemşire-lerde ve hemşirelik öğrencilerinde profesyonel değerler incelenmiş ve profesyonel değerlerin yüksek olduğu gösterilmiş^{15,16,17} fakat hemşirelerde farklı kuşaklar arasındaki bireysel değerler ve profesyonel değerleri inceleyen çalışmaya rastlanamamıştır. Bu nedenle bu araştırmanın amacı, hemşirelerin bireysel ve profesyonel değerleri arasındaki kuşaklararası farklılıkları belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı ve karşılaştırmalı tiptedir.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın evrenini İzmir ilinde bulunan bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırma Şubat- Mayıs 2017

tarihleri arasında izinli/raporlu olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, X kuşağındaki 85 (doğum tarihi 1965-1979 yılları arasında olanlar) ve Y kuşağındaki 79 (doğum tarihi 1980-1999 yılları arasında olanlar) olmak üzere, toplam 164 hemşire ile yürütülmüştür.

Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacılar tarafından yaklaşık 30 dakikalık süre içerisinde yüz yüze görüşme yöntemi ile Birey Tanıtım Formu, Portre Değerler Anketi ve Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği-Revize kullanılarak toplanmıştır.

Birey Tanıtım Formu: Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, çalıştığı birim, çalışma yılı, mesleği isteyerek seçme durumu ve çalışma şekline yönelik soruların yer aldığı literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan 17 soru yer almaktadır.^{3, 11, 12, 13}

Portre Değerler Anketi(PDA): Schwartz ve arkadaşları (2001)⁵ tarafından, on temel insani değerleri ölçerek bireysel değerleri değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçek 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Demirutku (2007)¹⁸ tarafından yapılmıştır. Her bir madde iki cümleyle bir bireyi tanımlamaktadır. Katılan kişilerden tanımlanan bireye ne kadar benzeyip benzemediklerini belirtmeleri istenmektedir. Ölçek altılı likert tipinde, 40 madde ve 10 alt ölçekten (güç, başarı, uyma, hazcılık, geleneksellik, öz-yönelim, güvenlik, evrenselcilik, uyarılma ve iyilikseverlik) oluşmaktadır. Ölçekte ters çevrilen madde bulunmamakta, en düşük 40, en yüksek 240 puan alınmaktadır ve ölçeğin kesme noktası yoktur. Her bir alt ölçekten alınan puanın artması kişinin verilen değerle benzeştiğini göstermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarılmasında Cronbach alfa değeri 0.85,¹⁸ bu çalışmada 0.82 olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği-Revize (HPDÖ-R): Weis ve Schank (2009)¹⁹ tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Geçkil ve ark. (2012)²⁰ tarafından yapılmıştır. Ölçek beşli likert tipinde, 26 maddeden oluşan, 5 faktörlü (Faktör 1- Bakım Verme, Faktör 2-Profesyonellik, Faktör 3- Aktivizm, Faktör 4- Adalet, Faktör 5- Sadakat) bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 26-130 arasındadır ve puanın artması profesyonel değerlere uyumun güçlü olduğunu gösterir.

Cronbach alfa değeri Weis ve Schank ile Geçkil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 0.92,^{19,20} bu çalışmada ise 0.83 olarak bulunmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, kıkare, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm veriler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Etik Açıklamalar

Veriler araştırmanın yürütüldüğü üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (karar no:28, karar tarihi:22.02.2017) ve katılımcılardan da katılımın gönüllülük esasına dayandığı açıklanarak yazılı izinleri alındıktan sonra toplanmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin %51.8'i X kuşağı, %48.2'si ise Y kuşağıdır. X kuşağındaki hemşirelerin %96.4'ü kadın olup, %52.9'u üniversite mezunu, %72.6'sı evli; Y kuşağındaki hemşirelerin ise %93.7'si kadın, %51.9'u üniversite mezunu, %58.2'si evlidir ve bu özellikler açısından kuşaklar arasında fark yoktur ($p > 0.05$). Ayrıca her iki kuşaktaki hemşirelerin de büyük çoğunluğunun haftalık çalışma saatinin 48 saat üzeri olduğu, hak edilen ücreti aldığına inanmadığı, mesleği kısmen isteyerek seçtiği ve mesleği yapmaktan kısmen memnun olduğu belirlenmiştir. X kuşağındaki hemşirelerin %57.6'sı hem gece hem gündüz vardiyasında çalışırken, Y kuşağındaki hemşirelerin %75.9'u hem gece hem gündüz vardiyasında çalışmaktadır ve çalışma şekline göre kuşaklar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2 = 6.513$, $p = 0.013$). Y kuşağındaki hemşirelerin %32.9'u yoğun bakımda ve acilde çalışırken X kuşağındaki hemşirelerin %42.1'i poli-klinik/yönetim vb birimlerde çalışmaktadır ve çalışma yerlerine göre kuşaklar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2 = 10.673$, $p = 0.014$)(Tablo 1).

X kuşağındaki hemşirelerin PDA puan ortalaması 185.44 ± 18.81 , ve Y kuşağındaki hemşirelerin puan ortalaması 187.44 ± 17.72 olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Portre Değerler Anketinin alt ölçek puan ortalamaları kuşaklara göre incelendiğinde başarı alt ölçek puan

ortalamasının Y kuşağındaki hemşirelerde (16.43±3.63) X kuşağındakilere göre (10.16±3.09) anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (MU=2712.000, p=0.033). Güç,

uyuma, hazcılık, geleneksellik, öz-yönelim, güvenlik, evrenselcilik, uyarılma, iyilikseverlik alt ölçek puan ortalamalarında kuşaklararası

Tablo 1. X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri

Sosyo-demografik Özellikler		X kuşağı (n=85)		Y Kuşağı (n=79)	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Erkek	3	3.6	5	6.3
	Kadın	81	96.4	74	93.7
		p=0.486			
Eğitim durumu	Lise	6	7.1	7	8.9
	Ön lisans	25	29.4	15	19
	Üniversite	45	52.9	41	51.9
	Yüksek lisans/doktora	9	10.6	16	20.3
		$\chi^2=4.509$		p=0.211	
Medeni durum	Bekâr	23	27.4	33	41.8
	Evli	61	72.6	46	58.2
		$\chi^2=3.789$		p=0.053	
Şu an çalıştığı birim	Yoğun bakım ve acil	13	15.6	26	32.9
	Cerrahi	24	28.9	20	25.3
	Dâhiliye	11	13.3	15	19.0
	Diğer (Poliklinik/Yönetim vb.)	35	42.2	18	22.8
		$\chi^2=10.673$		p=0.014	
Haftalık çalışma saati	40 saat	21	25	21	26.6
	41-48 saat	23	27.4	26	32.9
	48 saat üzeri	40	47.6	32	40.5
		$\chi^2=0.920$		p=0.631	
Çalışma şekli	Gündüz	36	42.4	19	24.1
	Gece-Gündüz	49	57.6	60	75.9
		$\chi^2=6.153$		p=0.013	
Hak edilen ücreti aldığına inanma*	Evet	1	1.2	5	6.3
	Hayır	83	97.6	74	93.7
Mesleği isteyerek seçme durumu	Evet	30	35.3	26	32.9
	Hayır	20	23.5	17	21.5
	Kısmen	35	41.2	36	45.6
		$\chi^2=0.324$		p=0.850	
Mesleği yapmaktan memnun olma durumu	Memnun	27	31.8	19	24.1
	Memnun değil	13	15.3	20	25.3
	Kısmen	45	52.9	40	50.6
		$\chi^2=2.955$		p=0.228	

fark bulunmamıştır (p>0.05). Y kuşağındaki hemşirelerin HPDÖ-R puan ortalaması 102.65±16.32) ve X kuşağındaki hemşirelerin puan ortalaması 98.32±16.69 olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). Bakım verme, profesyonellik, aktivizm, adalet ve sadakat alt ölçek puan ortalamalarında da X ve Y kuşağındaki hemşireler arasında fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 2).

Çalışmaya katılan hem X hem de Y kuşağındaki hemşirelerin PDA puan ortalaması

ile HPDÖ-R toplam puan ortalaması arasında anlamlı ve pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (r=0.222, p=0.042; r=0.341, p=0.002) (Tablo 3).

Araştırmaya katılan X ve Y kuşağındaki hemşirelerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre PDA ve HPDÖ-R puan ortalamaları Tablo 4'de görülmektedir. X kuşağında eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin PDA (KW=9.275, p=0.026) ve HPDÖ-R (KW=10.561, p=0.014)

puan ortalamaları daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Y kuşağındaki hemşirelerde ise eğitim düzeyi yüksek olanların

sadece HPDÖ-R puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (KW=7.946, p=0.047). X kuşağındaki mesleği yapmaktan

Tablo 2. X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin Portre Değerler Anketi ve Hemşirelerin Profesyonel Değerler Ölçeği- Revize Puan Ortalamaları

Ölçekler	Min-Max	X Kuşağı	Y Kuşağı	MU	p
		Ort±Ss	Ort±Ss		
PDA Toplam Puan Ortalaması	40-240	185.44±18.81	187.44±17.72	3146.500	0.487
Güç	3-18	10.16±3.09	10.81±2.82	2937.000	0.164
Başarı	4-24	14.96±4.57	16.43±3.63	2712.000	0.033
Uyma	4-24	18.48±3.41	19.45±2.46	2793.000	0.061
Hazcılık	3-18	14.55±3.06	14.45±2.71	3168.500	0.531
Geleneksellik	4-24	16.49±3.80	16.70±3.15	3259.000	0.745
Öz-Yönelim	4-24	20.24±2.61	19.70±2.66	2954.000	0.181
Güvenlik	5-30	25.82±3.35	25.18±3.15	2846.000	0.090
Evrenselcilik	6-36	32.16±3.52	31.37±3.26	2772.500	0.053
Uyarılma	3-18	13.25±3.15	13.44±2.61	3316.000	0.891
İyilikseverlik	4-24	19.29±2.84	19.86±2.47	2971.500	0.200
HPDÖ-R Toplam Puan Ortalaması	26-130	98.32±16.69	102.65±16.32	2862.500	0.103
Faktör 1- Bakım Verme	8-40	32.00±5.61	32.64±5.65	3106.000	0.406
Faktör 2-Profesyonellik	7-35	25.62±4.36	26.93±4.07	2826.500	0.080
Faktör 3- Aktivizm	5-25	18.63±4.02	19.69±3.66	2858.500	0.099
Faktör 4- Adalet	3-15	11.42±2.17	12.01±2.22	2861.500	0.099
Faktör 5- Sadakat	3-15	10.64±2.61	11.36±2.41	2895.500	0.125

PDA: Portre Değerler Anketi; HPDÖ-R: Hemşirelerin Profesyonel Değerler Ölçeği-Revize

Tablo 3. X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin Portre Değerler Anketi ve Hemşirelerin Profesyonel Değerler Ölçeği- Revize Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Değişkenler	PDA Toplam Puan Ortalaması	
	X Kuşağı	Y Kuşağı
HPDÖ-R Toplam Puan Ortalaması	r=0.222 p=0.042	r=0.341 p=0.002

PDA: Portre Değerler Anketi; HPDÖ-R: Hemşirelerin Profesyonel Değerler Ölçeği-Revize

memnun olanların (KW=7.176, p=0.028), Y kuşağındaki mesleği isteyerek seçenlerin (KW=7.173, p=0.023) PDA puan ortalamaları daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. X ve Y kuşağındaki hemşirelerin medeni durum, şu an çalıştığı birim, haftalık çalışma saati, çalışma şekline göre PDA ve HPDÖ-R puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tartışma

Hemşirelerin bireysel ve profesyonel değerleri arasındaki kuşaklararası farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan çalışmada hemşirelerin kuşaklara göre bireysel değerlerinde fark olmadığı belirlenmiştir. Kaya ve arkadaşlarının (2012)²¹ hemşirelik öğrencilerinin bireysel ve profesyonel değerlerini belirlemek amacıyla

Tablo 4. X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Portre Değerler Anketi ve Hemşirelerin Profesyonel Değerler Ölçeği- Revize Puan Ortalamaları

Değişkenler	X KUŞAĞI		Y KUŞAĞI	
	PDA Puan Ortalaması	HPDÖ-R Puan Ortalaması	PDA Puan Ortalaması	HPDÖ-R Puan Ortalaması
Eğitim				
Lise	170.66±9.70	86.66±13.60	181.42±21.13	104.85±7.33
Ön lisans	181.20±18.23	95.80±18.04	188.13±12.27	97.86±19.17
Üniversite	188.13±19.09	98.26±14.68	188.17±18.91	100.14±15.81
Yüksek lisans/doktora	193.66±17.79	113.44±16.37	187.56±18.47	112.62±14.38
KW	9.275	10.561	0.839	7.946
p	0.026	0.014	0.840	0.047
Medeni Durum				
Bekar	191.34±20.52	98.39±15.80	186.36±17.30	104.18±17.09
Evli	183.44±17.90	98.09±17.19	188.21±18.16	101.56±15.86
MU	520.500	689.500	723.500	687.000
p	0.069	0.904	0.724	0.474
Şu an çalıştığı birim				
Yoğun bakım ve acil	175.69±16.06	94.69±18.86	185.69±20.97	100.61±17.18
Cerrahi	187.20±19.13	100.29±15.45	186.70±13.42	104.80±16.50
Dâhiliye	184.00±17.15	95.72±16.60	194.73±12.65	107.66±14.71
Diğer (Poliklinik/Yönetim vb.)	189.65±18.79	99.77±17.28	184.72±20.02	99.05±16.08
KW	4.139	1.050	2.174	1.625
p	0.126	0.592	0.337	0.444
Haftalık çalışma saati				
40 saat	192.33±16.82	99.90±18.52	185.42±19.81	104.19±13.92
41-48 saat	183.08±18.08	97.13±16.25	191.11±15.50	105.03±15.50
48 saat üzeri	182.75±19.70	98.62±16.28	185.78±18.06	99.71±18.35
KW	3.938	0.493	0.744	0.823
p	0.140	0.781	0.689	0.663
Çalışma şekli				
Gündüz	188.75±17.75	100.50±17.03	184.42±20.47	103.05±17.44
Gece-Gündüz	183.02±19.37	96.73±16.43	188.40±16.83	102.53±16.11
MU	716.500	779.000	527.000	551.500
p	0.141	0.359	0.622	0.832
Mesleği isteyerek seçme durumu				
Evet	189.76±18.65	98.06±14.82	194.57±16.73	108.03±15.41
Hayır	185.05±16.15	99.25±17.56	185.41±12.68	98.64±17.26
Kısmen	181.97±20.06	98.02±18.10	183.25±19.19	100.66±15.96
KW	3.333	0.162	7.173	4.806
p	0.189	0.922	0.028	0.090
Mesleği yapmaktan memnun olma durumu				
Memnun	190.37±21.33	99.22±16.26	194.57±14.64	104.84±16.30
Memnun değil	176.46±16.84	96.84±18.80	182.60±18.37	96.65±17.38
Kısmen	185.08±17.03	98.22±16.67	186.47±18.08	104.62±15.44
KW	7.176	0.101	3.686	2.945
p	0.028	0.951	0.158	0.229

yaptığı çalışmada da yaş ile bireysel değerler arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışmada bireysel değerlere göre kuşaklar arasında fark çıkmamasının, çalışma ortamlarında her iki kuşağın sürekli iletişim halinde olmasından ve

sosyo-demografik özellikler açısından benzer olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışmada temel değerlerden olan güç, uyma, hazcılık, geleneksellik, özyönelim, güvenlik, evrenselcilik, uyarılma, iyilikseverlik

alt ölçek puan ortalamalarında da kuşaklar arasında fark bulunmamış, bireysel değerlerden başarı puan ortalaması Y kuşağındaki hemşirelerde X kuşağındaki hemşirelere göre daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Morsümbül'ün (2014)² yaptığı çalışmada bu çalışmadan elde edilen bulgulara benzer şekilde yaş ilerledikçe başarı temel değer tipini benimseme düzeyi düşmekte, yaş azaldıkça ise başarı temel değer tipini benimseme düzeyi yükselmektedir. Aygün ve İmamoğlu (2002)⁷ tarafından yapılan çalışmada ise başarı temel değeri açısından kuşaklar arasında fark bulunmamıştır. Y kuşağındaki bireylerin çalışma ortamına girer girmez terfi olanaklarını arayan çalışanlar olması, yaptıklarının onaylanması ve takdir edilmenin kendileri için önemli olması, başarıya odaklanarak çalışmaları gibi kuşağa özgü özelliklerinden (Aydın ve Başol, 2014)²² dolayı çalışmada X kuşağındaki hemşirelere göre başarı puanlarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada kuşaklara göre hemşirelerin profesyonel değerleri arasında fark olmadığı belirlenmiştir. Görüş ve ark. (2014)¹⁶, Adıgüzel ve ark (2011)²³ ve Al Shammari et al. (2017)²⁴ tarafından yapılan çalışmalarda da yaş ile profesyonel değerler arasında ilişki bulunmamıştır. Aydın ve Başol (2014)²² tarafından X ve Y kuşakları arasında çalışmanın anlamının incelendiği araştırmada, X ve Y kuşağındaki bireylerin içlerinde buldukları kuşaklara göre özellikleri farklı olmasına rağmen, işe yükledikleri anlamın farklı olmadığı bildirilmiştir. Yapılan çalışmada her iki kuşaktaki hemşirelerin çoğunlukla mesleği isteyerek seçmemesi ve mesleği yapmaktan memnun olmama durumunun benzer olmasının profesyonel değerleri arasında fark çıkmamasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Mesleğin temelini oluşturan profesyonel değerler, meslek üyelerinin bireysel değerlerinin yansıması ile oluşmaktadır.^{3,4} Literatürdeki bu bilgiye göre çalışmada hem X hem de Y kuşağındaki hemşirelerin bireysel değerleri ile profesyonel değerleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişkinin bulunması beklendiği bir sonuçtur. Meslek seçiminde kişilerin bireysel değerlerine göre meslekler tercih etmeleri için yönlendirilmelerinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Literatürde hemşirelerde bireysel ve profesyonel değerler arasındaki ilişkinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle yürütülen

çalışmanın daha geniş ve farklı örneklem grupları ile tekrarlanması önerilmektedir.

Çalışmada X ve Y kuşağındaki hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumu, mesleği yapmaktan memnun olma durumu, medeni durumu, şu an çalıştığı birim ve çalışma şekline göre profesyonel değerlerinde fark bulunmamıştır. Araştırma sonucuyla benzer olarak Can (2013)²⁵ ve Görüş ve ark (2014)¹⁶ tarafından yapılan çalışmalarda da mesleği isteyerek seçme durumu, mesleği yapmaktan memnun olma durumu, medeni durum, şu an çalıştığı birim ve çalışma şekline göre profesyonel değerlerinde fark yoktur. Parvan et al. (2012)²⁶ tarafından yapılan çalışmada da medeni duruma göre profesyonel değerlerde fark bulunmamıştır. Araştırma sonucundan farklı olarak Bang et al. (2011)²⁷ tarafından lisans öğrencilerinin profesyonel değerlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada (yaş ortalaması 22.29±1.82) mesleği isteyerek seçen öğrencilerin puanı yettiği için seçen öğrencilere göre profesyonel değerlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada hemşirelerin medeni durum, çalışılan birim, çalışma şekli, mesleği isteyerek seçme durumu ve mesleği yapmaktan memnun olma durumuna göre kuşaklar arasında profesyonel değerler açısından fark çıkmamasının, her iki kuşaktaki hemşirelerin birlikte çalışması, sürekli iletişim ve etkileşim halinde bulunmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmada Y kuşağındaki hemşirelerden mesleği isteyerek seçenlerin PDA toplam puan ortalamaları daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Kaya ve ark. (2012)²¹ tarafından hemşirelik öğrencilerinin bireysel ve profesyonel değerlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada (yaş ortalaması 18.94±1.41) öğrencilerin mesleği isteyerek seçme durumu ile bireysel değerleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Mesleği isteyerek seçen bireyler genellikle, kendi kişisel özelliklerini ve değerlerini iyi bilen bireylerdir ve çalışmada farkın çıkmasının bu durumdan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bir mesleğin toplumda cazip hale gelmesi, meslek üyelerinin saygı görmesi ve iş doyumuna ulaşmasında mesleki profesyonellik önemlidir. Meslek üyelerinin alanında eğitim almış kişiler olması, mesleğe ait örgütlerin olması, mesleğin kurallarının olması ve mesleğin bilimsel yöntem ve teknikler kullanılarak yerine getirilmesi profesyonelliğin gereklerindedir.^{19,21} Yapılan çalışmada hem X hem de Y kuşağındaki hemşirelerde eğitim durumuna göre profesyonel

değerler arasında anlamlı fark bulunurken Can (2013)²⁵ ve Görüş ve ark. (2014)¹⁶ tarafından yapılan çalışmalarda eğitim durumuna göre profesyonel değerler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Eğitim durumunun profesyonel değerleri etkilediği bulunan çalışma sonucuna benzer olarak Bang et al. (2011)²⁷ tarafından ikinci sınıf ve son sınıfta okuyan öğrencilerle yapılan çalışmada lisansüstü eğitim almayı planlayan öğrencilerin henüz karar vermeyenlere göre profesyonel değerler ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışmada her iki kuşakta da eğitim düzeyinin artması ile profesyonel değerlerin artmasının, özellikle lisans ve yüksek lisans eğitiminde yer alan ders içeriklerinde mesleğe ilişkin profesyonel değerlerin daha çok yer alması ve meslek bilincinin oluşturulması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Sonuç

Çalışmada, X ve Y kuşağında mesleği isteyerek seçme ve mesleği yapmaktan memnun olma gibi profesyonel değerleri etkileyebilecek bulgular arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmada, X ve Y kuşağındaki hemşirelerde bireysel ve profesyonel değerler açısından, başarı alt ölçeği dışında fark olmadığı belirlenmiştir. X ve Y kuşağındaki hemşirelerin birlikte çalışması, sürekli iletişim ve etkileşim halinde bulunmalarının sonucu etkilediği düşünülmektedir. X ve Y kuşaklarında PDA ve HPDÖ-R puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır. Bu sonuç, bir mesleğin temelini oluşturan profesyonel değerlerin, meslek üyelerinin bireysel değerlerinin yansımaları ile oluştuğunu göstermektedir. X kuşağındaki hemşirelerde eğitim düzeyinin bireysel ve profesyonel değerleri, mesleği yapmaktan memnun olma durumunun ise bireysel değerleri etkilediği bulunmuştur. Y kuşağındaki hemşirelerde ise eğitim düzeyinin profesyonel değerleri, mesleği seçmekten memnun olma durumunun ise bireysel değerleri etkilediği bulunmuştur.

Çalışmanın tasarımı: GI, NEC

Verilerin toplanması ve Analizi: GI, YT, DY, Aİ
Makalenin yazılması: GI, NEC, YT

Kaynaklar

1. Vezeau TM. Teaching professional values in a BSN program. *Int J Nurs Educ Scholarsh* 2006;3(1):1-15.

2. Morsümbül Ş. Değerlerin Kuşaklar Arası Değişimi: Ankara Örneği [Value Change Across Generations: Ankara Sample][Doktora tezi]. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü [Institute of Social Sciences, Hacettepe University], Ankara, Türkiye, 2014
3. Orak N. İstanbul İlindeki Hemşirelerin Profesyonel Hemşirelik Değerleri ve Etkileyen Faktörlerin Analizi [The Nurses' Professional Values and Influential Factors in Istanbul City][Doktora tezi]. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Marmara University], İstanbul, Türkiye, 2005
4. Kaya A. Antalya İl Merkezi Hastanelerindeki Yönetici Hemşirelerin Profesyonel Değerler Algısı ile İş Doyum Düzeylerinin İncelenmesi [The perceptions of professional values and job satisfaction levels of nursing managers in Antalya][Yüksek lisans tezi]. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, [Institute of Medical Sciences, Akdeniz University], Antalya, Türkiye, 2013
5. Schwartz SH, Melech G, Lehmann A, Burgess S, Harris M, Owens V. Extending the cross-cultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 2001; 32(5):519-542.
6. Keskin G, Yıldırım G. Hemşirelerin Kişisel Değerlerinin ve İş Doyumlarının İncelenmesi [Examination of Nurses' Personal Values and Job Satisfaction]. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* [Journal of Ege University Nursing School] 2006;22(1):119-133.
7. İmamoğlu EO, Aygün ZK. 1970'lerden 1990'lara Değerler: Üniversite Düzeyinde Gözlenen Zaman, Kuşak ve Cinsiyet Farklılıkları [Values from 1970s to 1990s: Observed Time, Generation and Gender Differences at University Level]. *Türk Psikoloji Dergisi* [Turkish Journal Of Psychology] 1999;14(44):1-22.
8. Hu J, Herrick C, Hodgin K. Managing the multigenerational nursing team. *The Health Care Manager* 2004;23:334-340.
9. Lower J. Brace yourself here comes generation Y. *Critical Care Nurse* 2008;28(5):80-85.
10. Alwin DF. Generations X, Y and Z: are they changing America. *American Sociological Association* 2002;42(1):42-51.

11. Gümüş ÖD. Kültür, değerler, kişilik ve siyasal ideoloji arasındaki ilişkiler: kültürlerarası bir karşılaştırma (Türkiye-ABD)[The relationships between culture, values, personality and political ideology: a cross-cultural comparison (Turkey-USA)].[Doktora tezi]. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü [Institute of Social Sciences, Ankara University], Ankara, Türkiye, 2009
12. Schwartz SH. A theory of cultural value orientations: explication and applications, comparative sociology 2006;5(2-3):137-182.
13. Inglehart R. Changing values among Western Publics from 1970 to 2006. West European Politics 2008a;31(1-2):130-146.
14. Johnson SA, Romanello ML. Generational diversity. Teaching and learning approaches. Nurse educator 2005;30(5):212-16.
15. Acaroğlu R. Revize edilen hemşirelerin mesleki değerleri ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliği [Reliability and validity of Turkish version of the Nurses Professional Values Scale-Revised]. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi [Florence Nightingale Journal of Nursing]2014;22(1):8-16.
16. Görüş S, Kılıç Z, Ceyhan Ö, Şentürk A. Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler [Nurses' Professional Values and Affecting Factors]. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi[Journal of Psychiatric Nursing] 2014;5(3):137-142.
17. Orak N, Alpar Ş. Hemşirelerin profesyonel değerleri ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması [Validity and reliability of the Nurses' Professional Values Scale's Turkish version]. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi [Journal of Marmara University Institute of Health Sciences] 2012;2(1):22-30.
18. Demirutku K. Parenting styles, internalization of values, and the self-concept. [Doktora tezi] Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü [Institute of Social Sciences, Middle East Technical University], Ankara, Türkiye, 2007
19. Weis D, Schank MJ. Development and psychometric evaluation of the Nurses Professional Values Scale-Revised. Journal of Nursing Measurement 2009;17(3):221-231.
20. Geçkil E, Ege E, Akın B, Göz F. Turkish version of the revised nursing professional values scale: Validity and reliability assessment Japon Journal of Nursing Science 2012;9(2):195-200.
21. Kaya H, Işık B, Şenyuva E, Kaya N. Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel ve Profesyonel Değerleri[Personal and Professional Values of Nursing Students].Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi[Anatolian Journal of Nursing and Health Sciences] 2012;15(1):18-26.
22. Aydın GÇ, Başol O. X ve Y kuşağı: Çalışmanın anlamında bir değişme var mı?. X and Y Generation: Is there a change in the meaning of work? EJOVOC: Electronic Journal of Vocational Colleges 2014;4(4):1-15.
23. Adıgüzel O, Tanriverdi H, Özkan DS. (2011). Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşireler örneği [Occupational professionalism and the case of nurses as the members of the profession]. Yönetim Bilimleri Dergisi[Journal of Administrative Sciences] 2011;9(2): 235-259.
24. Al Shammari F, Grande RAN, Vicencio DA, Al Mutairi S. Nurses' professional values on patient care provisions and decisions. Journal of Nursing Education and Practice, 2017;7(9):78.
25. Can Ş.Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi[Relation of professional values of the nurses with their individualized care perceptions]. [Doktora tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Health Sciences, İstanbul University], İstanbul, Türkiye, 2013
26. Parvan K, Zamanzadeh V, Hosseini FA.Assessment of professional values among iranian nursing students graduating in universities with different norms of educational services.Thrita J Med Sci.2012;1(2):37-43.
27. Bang KS, Kang JH, Jun MH, Kim HS, Son HM, Yu SJ, Kwon MK, Kim JS.Professional values in Korean undergraduate nursing students. Nurse Education Today 2011;31:72-75.

Sezaryen Öncesi Açlık Süresinde Kanıta Dayalı Yaklaşım

Evidence Based Approach to Preoperative Fasting Time Before Cesarean Section

Tuba KIZILKAYA^a, Asiye GÜL^b

ÖZ Kanıta dayalı uygulamalar klinikte hastalar için en doğru kararı vermede etkili olan uygulamaları içermektedir. Sezaryen öncesi hazırlık sürecinde açlık süresine ilişkin kılavuzlarda çeşitli öneriler ve kanıt düzeyleri mevcuttur. Bu süreçte eski bir uygulama olan nil per os (NPO) yani oral alımın gece yarısından itibaren kısıtlanması yaygın olarak uygulanır. Bu kısıtlamanın amacı aspirasyon ve regürjitasyon gibi anesteziye bağlı komplikasyonları en aza indirmektir. Cerrahi işlemin gecikmesi veya ertelenmesi açlık süresinin daha fazla uzamasına neden olur. Açlık süresinin uzaması ise dehidratasyon, insulin direnci, kaygı ve baş ağrısı gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bu olumsuz sonuçları en az düzeye indirmek için cerrahi öncesi açlıkla ilgili güncel kılavuzlar takip edilmelidir. Güncel kılavuzlarda sezaryen öncesi son iki saate kadar sıvı gıda alımına, son 6-8 saate kadar da katı gıda alımına izin verilmektedir. Ebeler başta olmak üzere sezaryen öncesi süreçte gebelere bakım veren sağlık profesyonelleri verilen bakımın kalitesini artırmak için güncel kılavuzları takip etmeli ve önerilere uygun girişimleri benimsemelidir. Bu derlemede sağlık profesyonellerinin konu ile ilgili bilgi düzeylerini arttırmak amacıyla sezaryen öncesi açlık süresinin etkileri, günümüzdeki uygulamalar ve öneriler ele alındı.

Anahtar kelimeler: açlık, ameliyat öncesi bakım, kanıta dayalı uygulama, sezaryen

ABSTRACT Evidence-based practices includes the best interventions for the patients. There are some evidences and suggestions about preoperative fasting time before cesarean section. Restricting oral intake of liquids or solids from midnight is an old practice called nil per os (NPO) is widely practiced in clinics. This is used to minimize the complications of anesthesia such as aspiration and regurgitation. When the surgical procedure delayed, fasting period is prolonged. Prolonged fasting times can cause harm effects like dehydration, insulin resistance, anxiety and headache. Current preoperative fasting guidelines and evidence-based practices should be followed to reduce these undesirable effects. Fasting from the intake of clear liquids for two hours; solids for six or eight hours before surgery is suggested in the current guidelines. Health professionals especially midwives who give care for women before cesarean section, should follow the current guidelines to increase the quality of healthcare. In this review, the effects of the pre-cesarean fasting period, current practices and recommendations were discussed in order to increase the knowledge level of health professionals.

Keywords: fasting, preoperative care, evidence-based practice, cesarean section

Giriş

Cerrahi işlem öncesi hazırlık; hastanın fizyolojik ve psikolojik olarak hazırlanması, premedikasyon uygulanması ve dinlenmenin sağlanması gibi temel unsurları içerir.¹ Bu süreçte en önemli konulardan biri de cerrahi işlem öncesi hastanın aç kalmasıdır.² Günümüzde rutin bir uygulama olan cerrahi işlem öncesi oral alımın kısıtlanması literatürde “geceden itibaren aç kalma” anlamına gelen “Nil Per Os” (NPO) olarak da geçer.³ Bu uygulamanın kökeni Mendelson’un 1940’larda yaptığı araştırmaya dayanır. Araştırmada genel anestezi altında sezaryen operasyonu geçiren 44016 kadının 66’sında aspirasyon gelişmiş, beşi aspirasyon nedeniyle hayatını kaybetmiştir.⁴

Bu araştırmanın sonucunda NPO, anestezi öncesinde rutin bir prosedür olarak uygulanmaya başlamıştır. Ancak güncel kılavuzlardaki bilgiler, cerrahi operasyon öncesi uzamış açlık süresinin olumsuz etkileri olduğunu, bu sürenin kısaltılmasının iyileşmeyi kolaylaştırdığı yönündedir.⁵ Çalışmalarda cerrahi öncesi açlık süresi ortalama 13,5-14 saat iken susuzluk süresi ortalama 11-12 saat arasında değişiklik göstermektedir.^{6,7,8} Klinikte uygulanan açlık süreleri kılavuz önerilerine kıyasla çok uzundur. Bu derlemede sağlık profesyonellerinin konu ile ilgili bilgi düzeylerini arttırmak amacıyla sezaryen

Geliş Tarihi/Received:09-08-2017/ **Kabul Tarihi/Accepted:** 23-12-2017

^a Arş. Gör. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, tuba.karaaslan44@gmail.com, ORCID: 0000-0003-3598-791X

^b Doç. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, asiye.gul2003@yahoo.com ORCID: 0000-0002-4440-5769

Sorumlu Yazar /Correspondence: Arş. Gör. Tuba Kızılkaya, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, tuba.karaaslan44@gmail.com

Araştırma “Sezaryen Öncesi Annenin Açlık Süresinin, Konfor ve Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi” başlıklı yüksek lisans tezinin “Genel Bilgiler” bölümünden derlenmiştir.

en öncesi açlık süresinin etkileri, günümüzdeki uygulamalar ve öneriler ele alındı.

Pulmoner Aspirasyon Patofizyolojisi

Aspirasyon riskinin en aza indirilmesi için aspirasyon mekanizmasının iyi anlaşılması gerekir.^{9,10} Bilincin kapalı olduğu veya larinksin koruyucu reflekslerinin baskılandığı durumlarda, intragastrik basınç alt özofagus basıncını geçer. Aspirasyonun gelişmesi için öncelikle gastrik içerik alt özofajeyal sfinktere ulaşmalı ve ardından gastroözofajeyal reflü gerçekleşmelidir. Asidik materyal, özofagusun 30 cm gerisindedir ve regurjite olduğunda üst özofajeyal sfinkteri geçerek farinksine kontamine eder. Eğer hastanın bilinç düzeyi azaltılmışsa doğal olarak öksürme, aksırma ve yutma refleksleri baskılanır. Pasif regürjitasyon ve kusma ile mide içeriği akciğerlere ulaşır.¹¹ Trakeo-bronşiyollere ulaşan gastrik içerik hayatı tehdit eden solunum sorunlarının oluşmasına neden olur.^{5,9,10}

Preoperatif açlık süresinin uzaması, cerrahi işlemlerin vücutta yol açtığı katabolik süreci olumsuz yönde etkiler. Hastanın glikojen depolarının tükenmesiyle birlikte insülin direncinde de artış meydana gelir.¹² Açlık süresinin uzaması aynı zamanda dehidratasyon, bulantı-kusma, hipovolemi, kaygı, baş ağrısı ve hipoglisemi gibi olumsuz sonuçlara yol açar.^{5,7} Özellikle hipoglisemi uzun açlık sürelerinden sonra en çok korkulan komplikasyonlardan biridir.¹³ Ayrıca, üriner ozmolaritenin yükselmesine ve dehidratasyona neden olabilmektedir.¹⁴

Aspirasyon İçin Risk Faktörleri

Narkotik premedikasyon mide boşalmasını yavaşlatarak mide içeriğinin asitliğini ve hacmini artırır.¹¹ Anestezik ilaçlar; bilincin kapalı hale gelmesine, kasların gevşemesine ve geçici duyu kaybına yol açar.^{9,15} Mendelson'ın 1946'da yayınladığı çalışmasında sezaryen sırasında aspirasyon riski %0,15 olarak bulunmuştur.⁴ Günümüzde modern anestezi tekniklerinin uygulanması ve rejyonel anestezi kullanımının artması, Mendelson sendromunun ve genel anestezi sırasında regürjitasyonun görülme sıklığını azaltmaktadır.¹⁶ Anestezi sırasında aspirasyon riski, sezaryende çok düşük olsa da aspirasyonun ortaya çıkması durumunda morbidite ve mortalite riski yüksektir.¹⁷ Yapılan bir çalışmada, sezaryen sırasında aspirasyon gelişme riski %0,06, buna bağlı maternal mortalite riskinin de %0,001 olduğu ifade edilmektedir.¹⁸

Özofagus hastalığı (hiatus hernisi, özofajit, akalazyza) ileus, mide çıkış darlığı, çok küçük ya da ileri yaş, acil cerrahi girişimler, nörolojik bozukluklar, şişmanlık, peptik ülser ya da gastrit öyküsü, geçirilmiş üst gastrointestinal cerrahi, aşırı kaygı, narkotik premedikasyon anestezi sırasında aspirasyon riskine yol açan faktörlerdendir.¹⁹ Gebelikte aspirasyon için risk faktörleri Tablo 1'de özetlenmiştir.^{10,11}

Tablo 1. Gebelikte aspirasyon açısından risk faktörleri

Risk Faktörleri

Karın içi basıncın artması
Progesteronun etkisiyle alt özofajeyal sfinkter tonusunun azalması
Gastrin hormonunun artması
Gastroözofajeyal reflünün artması
Plasentanın gastrik asit sekresyonunu artırması
Mide boşalmasının gecikmesi

Kanıt Dayalı Uygulama

Kanıt dayalı tıp, hasta bakımı ile ilgili kararlarda eldeki en iyi bilimsel kanıtın açık ve doğru bir şekilde kullanılmasını sağlamaya yönelik sistematik bir yaklaşım olarak tanımlanır.²⁰ Kanıt dayalı uygulamanın anlamı, sistematik araştırmalardan elde edilen en iyi kanıtların uygulama ile birleştirilerek kullanılmasıdır. Kanıt dayalı uygulamada, belli bir konuda araştırmalar seçilir, sonuçları sentezlenir ve kanıt değeri belirlenerek klinik uygulamada kullanılır.²¹ Bilimsel araştırmalarda kanıt düzeylerini belirleyen, tüm dünyada yaygın olarak kullanılan ülkemizde de Sağlık Bakanlığı'nın tanı, tedavi rehberinde yer alan Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) sınıflaması kullanılmaktadır.²² SIGN sınıflamasına göre kanıt düzeyleri ve öneriler Tablo 2'de gösterildi.²³

Sezaryen Öncesi Önerilen Açlık Süreleri ve Kanıt Düzeyleri

Amerikan Anestezistler Derneği (American Society of Anesthesiologists-ASA) 1999 yılında yayınladığı ve 2011 yılında güncellediği rehberde, cerrahi işlem öncesi açlık sürelerinin hafifletilmesine ilişkin önerilere yer vermektedir.^{23,24} ASA'nın önerileri aşağıda yer almaktadır;

- Yetişkin ve çocuklarda elektif operasyon öncesi (sezaryen dahil) son iki saate kadar

berrak sıvılar (su, posasız meyve suyu ve sütsüz çay veya kahve) içebilir (Kanıt seviyesi I++, öneri derecesi A).

Su, meyve suyu, çay ve kahve gibi berrak sıvılar yaklaşık olarak bir saatte mideden boşalmaya başlar, sıvının mideden tamamen uzaklaşması ise iki saat sürer.²⁵ Açlık süresiyle ilgili yayınlanan kılavuzların incelendiği sistematik bir derlemede cerrahi öncesi son iki saate kadar

berrak sıvı alınabileceği ve çoğu hasta için aç kalmanın gereksiz olduğu A kanıt düzeyi olarak açıklanmıştır.²⁶ Son yayınlanan obstetrik anesteziyle ilgili kılavuza göre elektif operasyon uygulanacak ve komplikasyon riski olmayan gebeler, son iki saate kadar berrak sıvı tüketebilmektedir.²⁷ Tam bir öğün ise sekiz saat öncesinde yenilebilir. Bu öğün içinde et gibi sindirimi uzun süren besinler yer alır.²⁴

Tablo 2: Kanıt seviyesi ve öneri derecesi

Kanıt Seviyesi	
1++	Yüksek kalitede meta-analizler, randomize kontrollü deneylerin sistematik derlemeleri veya çok düşük bias riski içeren randomize kontrollü deneyler
1+	İyi uygulanmış meta-analizler, sistematik derlemeler veya düşük bias riski olan randomize kontrollü deneyler
1-	Meta-analizler, sistematik derlemeler veya yüksek bias riski olan randomize kontrollü deneyler
2++	Vaka kontrol veya kohort çalışmalarının yüksek kalitedeki sistematik derlemeleri
2+	İyi uygulanmış, düşük yanlılık veya çelişme riski düşük ve orta düzeyde nedensel ilişki olasılığı içeren, vaka kontrol veya kohort araştırmaları
2-	Yüksek yanlılık veya çelişme riski olan ve nedensel olmayan ilişki olasılığı içeren vaka kontrol veya kohort araştırmaları
3	Analitik olmayan çalışmalar, vaka raporları, vaka serileri
4	Uzman görüşleri
Öneri Derecesi	
A	1++ düzeyinde en az bir meta-analiz, sistematik derleme veya randomize kontrollü deneyler ve hedef topluma doğrudan uygulanabilir veya 1+ düzeyinde çalışmalardan elde edilmiş kanıtların varlığı,
B	Hedef topluma doğrudan uygulanabilirlik ve tüm sonuçların tutarlılığını gösteren 2++ düzeyinde çalışmalardan elde edilmiş kanıtların varlığı, hedef topluma doğrudan uygulanabilir ve tüm sonuçların tutarlılığının gösterimi veya 1++ ve 1+ düzeyinde çalışmalardan yapılan çıkarımlara dayalı kanıtlar
C	2+ düzeyinde çalışmalardan elde edilmiş kanıt varlığı, hedef topluma doğrudan uygulanabilirlik ve tüm sonuçların tutarlılığının gösterimi veya 2++ düzeyinde çalışmalardan yapılan çıkarımlara dayalı kanıtlar
D	3 ve 4 düzeyde kanıtlar veya 2+ düzeyinde çalışmalardan yapılan çıkarımlara dayalı kanıtlar

Katı besinler, sıvılara göre daha geç sindirilirken yağlı ve etli yemekler ise sekiz saat veya daha uzun sürede sindirilir.²⁸ Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği'nin Obstetrik Anestezi Komitesi de genel anestezi altında sezaryen yapılacak hastalar için sekiz saat öncesinde katı gıda tüketilebileceğini, son iki saate kadar sadece berrak sıvı alınabileceğini belirtir.²⁹

Büyük Britanya ve İrlanda Anestezistler Derneği ve Obstetrik Anestezistler Derneğinin yayınladığı ortak kılavuzda; planlı operasyon uygulanacak kadınların uzun süreli açlığa maruz kalmamaları ve ameliyattan iki saat öncesine kadar berrak sıvı alımlarının desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir.³⁰ Kılavuzlarda önerilen yaklaşımların hastanın durumuna göre uyarlanabileceği bildirilmektedir.²⁴

- *Katı gıda, yetişkin ve çocuklarda elektif cerrahide altı saat öncesinde yasaklanmalıdır (Kanıt seviyesi I+, öneri derecesi A).*

ASA altıncı saatten önceki katı besini hafif bir kahvaltılık şekilde tanımlamaktadır.²⁴

- *Obez, gastroözofajeyal reflü, diyabet ve doğum aşamasında olmayan hamile kadınlar elektif cerrahi öncesi iki saat öncesi berrak sıvılar, altı saat öncesi katı gıdaları güvenle alabilir (Kanıt seviyesi 2-, öneri derecesi D).*

Kurban ve ark.'nın olgu sunumunda morbid obez olan ve şiddetli preeklampsi tanısı konulan gebede aspirasyon pnömonisi geliştiği bildirilmektedir.¹⁷ Doğum yapacak kadınlarda aspirasyon açısından risk faktörleri (diyabet, morbid obezite ve zor havayolu vb.) bulunması durumunda kişiye özel bir yol izlenmelidir.²⁷ Süt gibi içecekler kesilip, katı hale gelebileceğinden katı gıda grubunda yer alır.²⁸

- *Karbonhidrattan zengin sıvılar elektif cerrahi öncesi diyabetik hastalar da dahil tüm hastalara iki saate kadar güvenle verilebilir (Kanıt seviyesi I++, öneri derecesi A).*
- *Elektif cerrahi öncesi içilen karbonhidrattan zengin sıvılar susuzluk ve açlığı azaltır, kişinin kendini iyi hissetmesini sağlar ve ameliyat sonrası insülin direncini azaltır (Kanıt seviyesi I++, öneri derecesi A).*

Cerrahi operasyon öncesinde yüksek karbonhidrat içeren berrak içeceklerin tüketilmesi daha az açlık ve susuzluğa yol açarak hasta konforunu yükseltmektedir.^{12,31}

- *Normal doğum sırasında kadınlara isteklerine göre yukarıda belirtilen sıvıları içmesine izin verilmelidir (Kanıt seviyesi I++, öneri derecesi A). Aktif doğum sırasında katı gıda verilmemelidir (Kanıt seviyesi I+, öneri derecesi A).*
- *Hamile kadınlar, obez bireyler de dahil, cerrahiden (rejyonel veya genel anestezi) iki saat öncesine kadar berrak sıvıları tüketebilirler (Kanıt seviyesi I+, öneri derecesi A).*
- *H₂ reseptör antagonisti, elektif sezaryen öncesinde sabah veya bir gün önce akşam verilmelidir (Kanıt seviyesi I++, A).*

*Intravenöz H₂ reseptör antagonisti acil sezaryenden önce verilmelidir (Kanıt düzeyi I++, Öneri derecesi A).*²³

Sezaryen ve diğer cerrahi girişimlerin öncesinde, açlık süresinin azaltılması ile ilgili literatürde çeşitli çalışmalar yer alsa da günümüzde NPO yaygın şekilde uygulanmaktadır.³²

Sonuç

Ameliyat öncesi açlık ile ilgili kılavuzlar; kanıta dayalı uygulamaları ve uzmanlar tarafından kabul gören genel yaklaşımları sağlık profesyonellerine aktarmayı hedefler. Komplikasyonların ortaya çıkmaması ve sorunların azaltılması için kanıta dayalı uygulamalar benimsenmelidir. Bu nedenle sezaryen öncesinde aspirasyon açısından risk faktörleri kişiye özel şekilde ele alınmalı ve açlık süresi buna göre düzenlenmelidir. Güncel yaklaşımların yer aldığı kılavuzlar doğrultusunda, gebenin klinik durumu da göz önünde bulundurularak, sezaryen öncesi açlık süresinin azaltılmasının gebenin sezaryen sonrası iyileşme sürecine de olumlu yansıyacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Chard R. Care of preoperative patients. In: Ignatavicius DD, Workman ML, eds. Medical-Surgical Nursing: Patient-Centered Collaborative Care, 7th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2013. p:239-254.
2. WHO Guidelines for safe surgery: Safe surgery saves lives 2009. (Cited: 25.07.2017) Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf
3. Ljungqvist O. Preoperative fasting and carbohydrate treatment. In: Feldman LS, Delaney CP, Ljungqvist O, Carli F, editors. The SAGES / ERAS® society manual of enhanced recovery programs for gastrointestinal surgery. Switzerland: Springer International Publishing; 2015. p.41.
4. Mendelson CL. The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. Obstetrical & Gynecological Survey 1946; 1(6), 837-839.
5. Demirdağ H & Karaöz S. Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin hastaların deneyimleri ve hemşirelerin konu ile ilgili bilgi ve uygulamaları [Patients experiences about preoperative fasting and nurses knowledge and practice] Florence

- Nightingale Hemşirelik Dergisi [Florence Nightingale Journal of Nursing] 2015; 23(1), 1-10.
6. Dolgun E, Taşdemir N, Ter N, & Yavuz M. Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelenmesi [Investigation of preoperative fasting times of surgical patients]. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi [Fırat University Journal of Health Sciences Medicine] Dergisi 2011; 25 (1): 11-15
 7. Gül A, Andsoy II, Üstündağ H, Özkaya BÖ. Assessment of preoperative fasting time in elective general surgery. The Journal of Macro Trends in Health and Medicine 2013; 1(1): 1-8.
 8. Robson EJ., Tanqueray TA, Mackenzie MJ & Yentis SM. The effect of reducing fluid fasting times on thirst and urine osmolality in women undergoing elective caesarean delivery. International Journal of Obstetric Anesthesia, 2013; 22(2), 165-167.
 9. Jolliffe DM. Practical gastric physiology. Continuing education in anaesthesia, Critical Care & Pain, 2009; 9(6), 173-177.
 10. Tasch MD and Langeron O. In: Hagberg CA, ed. Aspiration prevention and prophylaxis: preoperative considerations. Benumof And Hagberg's Airway Management, 3rd edition, Philadelphia: Elsevier Saunders; 2013. pp:265-268
 11. Yıldız H. Preoperatif açlık sürecinde yeni yaklaşımlar. [New approaches during preoperative poverty process] AÜTD [MJAU] 2006; 38, 1-5.
 12. Canbay Ö, Adar S, Karagöz AH, Çelebi N, & Bilen CY. Effect of preoperative consumption of high carbohydrate drink (Pre-Op®) on postoperative metabolic stress reaction in patients undergoing radical prostatectomy. International Urology and Nephrology 2014; 46(7), 1329-1333.
 13. Tauhid-Ul-Mulk M, Rahman SMF, Ali NP, Haque M & Chaudhary MRA. Influence of preoperative fasting time on maternal and neonatal blood glucose level in elective caesarean section under subarachnoid block. Journal of Armed Forces Medical College 2010; 6(2), 21-24.
 14. Mackenzie M, Yentis S, Woolnough M and Johnson M. Fasting periods and dehydration before elective caesarean section. Anaesthesia, 2010; 65, 94-113.
 15. Brady MC, Kinn S, Stuart P, Ness V. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010; Issue 4. Art. No.: CD004423
 16. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; 8. Art.No.:CD003930.
 17. Kurban Y, Uyar İ, Günakan E, & Babayiğit M. Demonstratif bir sezaryen komplikasyonu ve yönetimi: aspirasyon pnömonisi [A demonstrative cesarean complication and management: aspiration pneumonia] Tepecik Eğitim Hast Derg [The Journal of Tepecik Education and Research Hospital] 2014; 24 (2): 147-150
 18. Lesage S. Cesarean delivery under general anesthesia: Continuing Professional Development. Canadian Journal of Anesthesia/Journal Canadien d'anesthésie, 2014; 61(5), 489-503.
 19. Ersoy E & Gündoğdu H. Preoperatif açlıkta değişen kavramlar [Alternating concepts in preoperative fasting]. Ulusal Cerrahi Dergisi [Turkish Journal of Surgery] Ulusal Cerrahi Dergisi 2005; 21(2), 096-101.
 20. Yılmaz E & Çöl M. Kanıta dayalı tıp [Evidence based medicine]. Journal of Clinical and Analytical Medicine 2014; 5(6):537-542
 21. Kocaman G. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama [Evidence-based practice in nursing]. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003; 2:61-69.
 22. Açikel C. Meta-analiz ve kanıta dayalı Tıp'taki yeri [Meta-analysis and its place in evidence based medicine]. Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 2009; 19:164-172.
 23. Smith I, Kranke P, Murat I, Smith A, O'Sullivan G, Søreide E, Spies C, Bas in't Veld B. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol, 2011; 28:556-569.
 24. American Society of Anesthesiologists Committee (ASA). Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters. Anesthesiology, 2011;114(3), 495.

25. Levy DM. Pre-operative fasting—60 years on from Mendelson. *Continuing Education In Anaesthesia, Critical Care & Pain* 2006; 6(6), 215-218.
26. Lambert E. & Carey S. (2015). Practice guideline recommendations on perioperative fasting a systematic review. *Journal Of Parenteral And Enteral Nutrition*, 20(10): 1-8.
27. American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. (2016). Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology* 2016; 2(124): 270-300.
28. Sandhar B. General considerations. In K. G. Allman, & I. H. Wilson (Eds.), *Oxford Handbook of Anaesthesia*, 3rd edition, New York: Oxford university press; 2011. p:10
29. TARD- Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği [Turkish Society of Anesthesiology and Reanimation] *Sezaryen Ameliyatlarında Genel Anestezi Uygulama Kılavuzu* 2015. <http://www.tard.org.tr/assets/kilavuz/9.pdf> (Son erişim tarihi:25.07.2017)
30. The Association of Anaesthetists of Great Britain & Ireland and the Obstetric Anaesthetists' Association (2013). https://www.aagbi.org/sites/default/files/obstetric_anaesthetic_services_2013.pdf (Son erişim tarihi:25.07.2017)
31. Imbelloni LE, Pombo IAN & Morais Filho GBD. Reduced fasting time improves comfort and satisfaction of elderly patients undergoing anesthesia for hip fracture. *Revista Brasileira De Anestesiologia*, 2015; 65(2), 117-123.
32. Crenshaw JT. Preoperative fasting: will the evidence ever be put into practice. *The American Journal of Nursing*, 2011; (10), 38-43.

Nötropenik Diyetle Güncel Yaklaşımlar

Current Approaches to Neutropenic Diet

Cansu BEKAR^a, Aylin AÇIKGÖZ^b

ÖZ Mutlak nötrofil sayısının 1500 hücre/mm³'ün altında olması, artmış enfeksiyon riski ile ilişkilendirilmektedir. Kemoterapi, radyoterapi, hematopoetik kök hücre nakli gibi tedaviler sonucu gelişebilen nötropenin neden olduğu enfeksiyonların engellenmesi için birçok koruyucu önlem alınmaktadır. Nötropenik diyet, gıda kaynaklı patojenlerin neden olabileceği enfeksiyonları önlemek için, bakteri ve mantar bulaşmalarını önlemeyi ve gastrointestinal sistemi kolonize eden mikroorganizmaları elimine etmeyi temel alır. Nötropenik diyet ile ilgili en çok karşılaşılan sorular; diyetle ne zaman başlanılacağı, ne zaman sonlandırılacağı, hangi besinleri içereceği ve hangi hasta grubunda daha etkili olduğuna yöneliktir. Kuruluşlar arasında bir uzlaşım yok gibi görünse de en çok kısıtlanan besinlerin çiğ veya az pişmiş yumurta, et, tavuk ve deniz ürünleri ile pastörize edilmemiş süt ve süt ürünleri olduğu bilinmektedir. Ancak çalışma sonuçlarının nötropenik diyetin üstünlüğünü kanıtlayamaması nedeniyle kısıtlayıcı diyet yaklaşımları yerine besin güvenliğinin temel alınmasının daha önemli olduğu düşünceleri de mevcuttur. Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde besin hijyeninin istenilen ölçüde sağlanamaması nedeniyle bu yaklaşımlar hastalar için büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle ulusal ya da uluslararası ortak yaklaşımları içeren önerilerin, kuruluşların kullanabileceği ortak kılavuzlar ile uygulamaya sunulmasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Bu derlemede; nötropenik diyetin içeriği ve kullanımıyla ilgili bilgilerin, güncel literatür eşliğinde incelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Onkoloji, nötropeni, nötropenik diyet

ABSTRACT The absolute neutrophil count of less than 1500 cells/mm³ is associated with increased risk of infection. Many protective measures are being taken to prevent infections caused by neutropenia because of treatments such as chemotherapy, radiotherapy, hematopoietic stem cell transplantation. The neutropenic diet is based on preventing bacterial and fungal contamination and eliminating colonizing microorganisms in the gastrointestinal tract to prevent infections caused by foodborne pathogens. The most common questions about this diet model are when to start, when to terminate, which foods to contain, and to which group of patients it is more effective. Although there seems to be no consensus among establishments, it is known that the most restricted foods are raw and undercooked eggs, meat, poultry and seafood and unpasteurized milk and dairy products. However, there are also considerations that it is more important to base nutritional safety than restrictive diet approaches because the results of the study cannot prove the superiority of the neutropenic diet. These approaches have great importance to this patients since food hygiene cannot be achieved at the desired level in undeveloped and developing countries. It is considered necessary that the proposals including the national or international agreed approaches should be put into practice with the common guidelines that organizations can be used. In this review, it is aimed to examine the content of the neutropenic diet and its use in the light of current literature.

Keywords: Oncology, neutropenia, neutropenic diet

Giriş

Kanser hastalarında tedavi şekline ve/veya hastalığın seyrine bağlı olarak gelişen nötropeni durumu, bağışıklığı baskılanmış bu hastalarda ciddi enfeksiyonlara neden olabilmektedir.^{1,2} Nötropeni, nötrofil üretimi ve dağıtımındaki problemlerden, enfeksiyonlardan veya medikal tedaviden kaynaklanabilir. Kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi ve hematopoetik kök hücre nakli (HKHN); nötropeniye neden olan tedavilerdir. Mutlak Nötrofil Sayısı (MNS),

potansiyel enfeksiyon riskini tanımlamada kullanılan temel araçtır. Nötropeni, mutlak nötrofil sayısının 500 hücre/mm³'ün altında olması veya 48 saat içinde 500 hücre/mm³'ün altına düşme riski olarak tanımlanmaktadır.^{3,4} Ancak birçok klinik referans, nötropeniye MNS tarafından tanımlanan şiddet düzeylerine göre tanımlamakta ve MNS'nin bakteriyel enfeksiyon riskinin şiddeti ile korelasyon gösterdiği belirtilmektedir. Bu sınıflama Tablo 1'de

Geliş Tarihi/Received: 07-09-2017/ **Kabul Tarihi/Accepted:**23-12-2017

^a Arş.Gör. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü cansu.bekar@hacettepe.edu.tr, ORCID: 0000-0001-6271-3936

^b Öğr.Gö.Dr, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, aylinn@hacettepe.edu.tr, ORCID:0000-0002-8847-9305

gösterilmiştir.⁵⁻⁷ Nötropenik hastalarda, gram pozitif bakterilerin neden olduğu enfeksiyonlar daha sık görülmektedir. *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella* ve *Proteus* gibi gram negatif bakteriler ve *Candida* türü mayaların neden olduğu enfeksiyonlar ise nadir görülse de ölümcül sonuçlara neden olabildiği belirtilmektedir.^{1,3}

Tablo1. Mutlak Nötrofil Sayısı Sınıflaması ve Enfeksiyon Riski

Derece	Mutlak Nötrofil Sayısı	Enfeksiyon Riski
1	1500-2000/mm ³	Enfeksiyon riski yok
2	1000-1500/ mm ³	Hafif artmış risk
3	500-1000/ mm ³	Orta risk
4	<500/ mm ³	Yüksek risk

Bin dokuz yüz yetmişli yıllarda emilmeyen profilaktik antibiyotiklerin normal florayı ve aerobik gram pozitif bakterileri azaltarak barsaktaki bakteriyel yükü düşürdüğünün keşfedilmesiyle tedavide bu antibiyotikler kullanılmaya başlanmıştır. Ancak daha sonra bu antibiyotiklerin kullanımının hastalarda beklenen ölçüde tolere edilmediği görülmüştür. Aynı dönemlerde gram negatif bakterilerin özellikle salatalar, taze sebzeler ve soğuk etler gibi çeşitli gıdalardan izole edilmesi, akıllara bu bakterilere ağız yoluyla da maruz kalınabileceği düşüncesini getirmiştir.^{1,8} Bu bakterilerin gastrointestinal (GI) sistemden mezenterik lenf nodu kompleksi, karaciğer, dalak ve kan dolaşımı gibi ekstraintestinal bölgelere hareket etmesi bakteriyel translokasyon olarak adlandırılmaktadır ve bu durum nötropeni hastalarında enfeksiyonların çoğundan sorumlu tutulmaktadır. Barsaktaki bakteriyel yükün artışı, konakçı bağışıklık savunmasındaki eksiklikler ve barsak mukozal bariyerindeki geçirgenliğin veya hasarın artması bakteriyel translokasyonu desteklemektedir.⁹ Teorik olarak bakteriyel translokasyon, gıdalardaki patojen bakteri kaynaklarının ve barsağın bakteriyel yükünün, emilmeyen oral antibiyotikler yoluyla azaltılması ile önlenir.¹ Taze sebze ve meyveler, pişmemiş etler, süt ve ürünleri, kurutulmuş meyveler ve baharatlar çeşitli mikroorganizmalar için taşıyıcı özellik göstermektedir. Bu durum ise besinlerin uygun şekilde yıkanması, saklanması ve pişirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.¹⁰ Bu derlemede

nötropenik diyetin içeriği, uygulama alanları, diyetin başlangıç ve bitiş zamanlarının güncel literatür eşliğinde incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, 2000-2017 yılları arasında yayınlanmış ve tam metnine erişilebilen, özgün araştırma makaleleri incelenmiştir. Makaleler araştırılırken Pubmed veri tabanında nötropenik diyet, kanser ve beslenme anahtar kelimeleri kullanılmıştır.

Nötropenik Diyet Nedir?

Bağışıklığı baskılanmış hastalar için koruyucu önlemler alınmasına 80'li yıllarda başlanmıştır. Yıllar boyunca bu hasta popülasyonunda enfeksiyon riskini azaltmak için temas önlemleri, maske takma, profilaktik antibiyotikler ve diyet kısıtlamaları gibi birçok yöntem kullanılmıştır.^{8,11} Nötropenik diyet, bakteri ve mantar bulaşmalarını azaltmayı ve GI sistemi kolonize eden, besin kaynaklı organizmaların neden olduğu enfeksiyonları önlemeyi amaçlayan bir diyet modelidir. Maya ve gram negatif bakterileri içeren gıdalar ile çiğ yumurta, çiğ veya az pişmiş et, balık, deniz ürünleri ve pastörize edilmemiş süt gibi mikroorganizmalarla kirlenmiş besinleri, pişmemiş meyve ve sebzeleri, sterilize edilmemiş suyu diyetten çıkarmayı ve kirlenmeyi önlemek amacıyla güvenli gıda işleme ve hazırlama tekniklerini uygulamayı temel almaktadır.^{12,13} Bu diyet literatürde düşük bakteriyel diyet, düşük mikrobiyal diyet veya temiz diyet olarak da ifade edilmektedir.^{8,14} Nötropenik diyet, tamamen steril diyet (örneğin; konserve, fırlama, otoklavlama veya ışınlama ile steril hale getirilen tüm gıdalar), düşük bakteriyel diyet (sadece iyi pişmiş besinler veya patojen içermeyen potansiyeli düşük besinler) veya modifiye edilmiş ev diyeti (örneğin; taze meyve ve sebzeleri içermeyen diyet) olarak çeşitlilik gösterebilmektedir.^{11,15}

Nötropenik Diyet Uygulamasındaki Farklılıklar

Nötropenik diyetle ilgili cevabı kesin olarak bilinmeyen sorular bulunmaktadır. Bunlar; diyetle ne zaman başlanması gerektiği, diyetin hangi besinleri içereceği, hangi pişirme yöntemlerinin kullanılacağı, en çok hangi hasta grubunda etkili olduğu ve diyetin ne zaman sonlandırılması gerektiğidir.^{1,16,17} İngiltere'de 110 diyetisyenin ve elektronik ortamda ulaşılan 1639 pediatrik onkolog ve diyetisyenin katılımı

Tablo 2. Nötropenik Diyetin Kuralları (14, 21, 22)

Besin Grubu	İzin verilenler	Yasaklı olanlar
Süt ve Ürünleri	Tüm pastörize süt ve süt ürünleri, yoğurt, paketli peynirler ve pastörize süttten yapılmış krem peynir, süzme dahil tüm peynir türleri, kaşar, mozzarella, parmesan gibi ticari olarak paketlenmiş sert ve yarı yumuşak peynirler, pastörize dondurma, ticari olarak steril, kullanıma hazır ve sıvı konsantrte bebek formülleri (hazır ya da sıvı konsantrat alternatifi varsa toz bebek formüllerinden kaçınılmalı) ticari besin destekleri,	Pastörize edilmemiş veya çiğ süt, pastörize edilmemiş veya çiğ süttten yapılmış peynir ve yoğurt gibi süt ürünleri, yumuşak peynirler, şarküteri peynirleri, biber veya diğer pişmemiş sebzeleri içeren peynirler, kalıp peynirler, küflü peynirler
Et ve et ürünleri	Tüm iyi pişmiş (tavuk eti >180°C ve kırmızı et >160°C) veya konserve etler, iyi pişmiş yumurta (10dk kaynatılmış, beyaz ve sarısı sert pişmiş), pastörize yumurta, ticari paketli sucuk, salam, deniz ürünleri	Çiğ veya az pişmiş etler, tofu, ev yapımı sucuk, salamura balık, çiğ yumurta içeren besinler
Ekmek ve tahıl ürünleri	Tüm paketli ekmek, simit, kek, patates çipsi, patlamış mısır, kraker, pişmiş makarna, pirinç, ve diğer tahıllar	Çiğ tahıl ürünleri, paketlenmemiş ekmek, kek, kremalı pasta ürünleri, kuruyemişler
Mezeler, çorbalar	Taze hazırlanmış her türlü meze ve çorba	Tekrar ısıtılmış konserve veya evde yapılmış çorbalar
Meyve ve kuruyemiş	Konserve ve dondurulmuş meyveler (çilekçiller hariç), pastörize meyve suları, iyi yıkanmış ve kabuğu soyulmuş taze meyveler, konserve veya şişelenmiş kavrulmuş fıstık, ticari olarak paketlenmiş fıstık ezmesi	Yıkanmamış ve kabuğu soyulmamış çiğ meyveler, hasarlı meyveler, taze veya dondurulmuş çilekçiller, üzüm, kavrulmamış çiğ fıstık, kabuğuyla kavrulmuş fıstık, pastörize edilmemiş meyve suları, kurutulmuş meyveler
Sebzeler İçecekler	Tüm pişmiş, dondurulmuş, konserve sebzeler veya taze sebzeler ve patates, kuru bitkiler ve baharatlar(paketli) (yemek pişmeden önce eklenmeli) Musluk suyu, soğutulmuş kaynatılmış su, ticari şişelenmiş damıtılmış su, şişelenmiş enerji içecekleri, hazır, demlenmiş kahve/çay, ticari olarak paketlenmiş bitki çayları	Yıkanmamış, çiğ sebzeler veya bitkiler, soğutulmuş kutuda saklanan ticari soslar, çiğ sebze içeren pastörize edilmemiş ürünler Kuyu suyu (yıllık test edilmemiş ve güvenli bulunmamış), soğuk-demlenmiş çay, ılık veya soğuk suyla hazırlanmış
Tatlılar	Soğutmali ticari ve ev yapımı kekler, börekler, hamur işleri, kurabiyeler ve puding	Soğutulmamış, krema dolgululu pasta ürünleri
Yağlar	Yağlar: margarin, tereyağı, Ticari mayonez ve salata sosları (peynir esaslı salata sosları dahil), pişmiş soslar	Paketlenmemiş tereyağı, margarin, Buzdolabında saklanan, olgunlaşmış peynir veya çiğ yumurta içeren taze salata sosları
Diğerleri	Tuz (paketlenmiş), toz şeker, kahverengi şeker, reçel, Jöle, şuruplar, pastörize bal (ticari olarak ambalajlanmış), hardal, şeker, sakız, biberon: hastanede ışınlanmış olmalıdır	Pastörize edilmemiş bal, bitkisel veya geleneksel olmayan besin takviyeleri

NOT:* Nötrofil sayısı <1500mm³ ise çiğ sebzeler yasak!,**Kapağı sağlam, açılmamış konserveler, şişelenmiş veya paketlenmiş gıda ürünlerini oda sıcaklığında açılmadan önce saklanabilir; açıldıktan sonra soğutma gerektirebilir

ile gerçekleştirilen iki farklı çalışmada nötropenik diyet kullanımının %57-68 aralığında olduğu bildirilmiştir.^{18,19} 2017 yılında İsviçre’de yapılan bir çalışmada ise allojenik HKHN yapan merkezlerin tamamının (n=3) ve otolog HKHN yapan merkezlerin %43’ünün (n=7) transplant alıcıları için nötropenik diyet protokolüne sahip oldukları bildirilmiştir. Ayrıca kişisel hijyen, besin saklama, mutfak gereçleri kullanımı, genel olarak pişirme ve izin verilen çiğ yiyeceklerin hazırlanması için tavsiyeler içeren nakil öncesi süreçlerle ilgili ayrıntılı broşürlerin temin edildiği de ifade edilmiştir.²⁰ Carr ve Halliday¹⁸ çalışmalarında, belirli bir tedaviyi uyguluyor olmanın (%15), tedavi ile birlikte nötrofil sayısının birlikte değerlendirilmesinin (%10) veya belirli bir tanıyı almış olmanın (%3,6) nötropenik diyete başlamak için kriter olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada nötropenik diyet kullanımının en yaygın olarak hematolojik kanser türlerinde gereksinim duyulduğu, nötrofil sayısının $0,5 \times 10^9 L^{-1}$ ve altında olması şeklinde tanımlanan nötropeni durumunun, nötropenik diyete başlamak için en sık kullanılan kriter (%36) olduğu bildirilmiştir.¹⁸ Braun ve ark.¹⁹ da mutlak nötrofil sayısının, onkoloji hastalarında diyete başlamanın tetikleyicisi olduğunu (%72) ve bu bildirimde bulunanların da %86’sının mutlak nötrofil sayısı $<500/L$ olduğu durumda diyete başladığını bildirdiğini vurgulamıştır. Ayrıca aynı çalışmada kök hücre nakli yapılan hastalar için hazırlık rejimine başlamanın (%84) nötropenik diyete başlamak için belirleyici olduğu da bildirilmiştir.¹⁹ Çoğunluğunu Avrupa ülkelerinin oluşturduğu 29 ülkenin katılımıyla gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise 108 merkeze ulaşılmış; bu merkezlere nötropenik diyetin uygulanması ve içeriği ile ilgili sorular elektronik ortamdan yöneltilmiştir. Merkezlerin %88’i hastanede kalış süresince, %73’ü ise taburculuk sonrası da nötropenik diyeti uyguladıklarını bildirmiştir. Otolog ve allojenik HKHN hastalarında nötropeni süresi ve şiddeti farklılık gösterdiği için nötropenik diyetin uygulanma durumu ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Merkezlerin, otolog ve allojenik HKHN için sırasıyla %34 ve %31’i hastaların yatışı yapıldığında, %25 ve %18’i kan sayımına göre, %23 ve %21’i kemoterapi tedavisine kadar nötropenik diyete başladıklarını ifade etmişlerdir.¹⁷ Brezilya’da HKHN yapılan 17 merkezde yürütülen bir çalışmada, merkezlerin %82’sinde nakil bölümü için özel beslenme uzmanı olduğu, ancak yalnızca %41’inde

bağışıklığı baskılanmış hastalar için diyet hazırlanabilecek özel bölümler olduğu bildirilmiştir. Merkezlerin %29’unda hastalara allojenik HKHN yapıldıktan 90-100 gün sonra, %24’ünde ise farmakolojik tedavi bitiminde diyetin sonlandırıldığı belirtilmiştir. Otolog HKHN’de ise merkezlerin %41’i nakilden 90-100 gün sonra, %24’ü 30-60 gün sonra nötropenik diyetin sonlandırıldığını bildirilmiştir.¹⁶ Benzer şekilde başka bir çalışmada da nötropenik diyetin, artmış nötrofil sayısı (%34) ile, tedavinin bitmesi (%8,2) ile veya hem tedavinin bitmesi hem de nötrofil sayısının artması ile (%9,1) sonlandırılması gerektiği, çok az bir kısmı ise tedavinin taburculuk anına kadar (%5,4) devam etmesi gerektiği cevabını vermiştir.¹⁸ Braun ve ark.¹⁹ çalışmalarında onkolog ve diyetisyenlere sorular yönlendirmiş ve katılımcıların çoğunluğunun (%82), onkoloji hastalarının nötropenide olmadığı durumlarda nötropenik diyet uygulamasını durdurduğunu, HKHN olan hastalar için ise transplantasyondan sonraki 100. günde olma durumunun (%35) bağışıklığı baskılayan ilaçların kullanımının bırakılmasının (%29), nötropeninin devam etmemesinin (%24) veya taburcu olma (%12) gibi durumların diyeti sonlandırmak için geçerli kriterler olduğunu bildirmiştir. Mank ve Devies¹⁷ çalışmalarında otolog (%36) ve allojenik (%22) HKHN yapılan hasta gruplarının her ikisinde de kan sayımının diyeti durdurmak için temel kriter olduğunu bildirmişlerdir. Otolog hastalar için 22 (%20) ve allojenik hastalar için 38 (%35) katılımcı, diyeti durdurma nedeni olarak tedavi sonrası farklı gün, hafta veya aylarda olma olarak genellenebilecek dönemleri kriter olarak bildirmiştir. Merkezlerde kısıtlanan besinler değerlendirmeye alınırken kısıtlamalar; tamamen yasaklar, ürünleri yasak olanlar ve işleme sürecine bağlı kısıtlamalar olarak 3 gruba ayrılmıştır. Taze meyve (%89) ve peynirin (%88) genel olarak en çok yasaklanan besinler olduğu, taze meyve (%49), et ve tavuğun (%88) işleme sürecine bağlı (sadece pişmiş hali tüketilebilir) en fazla kısıtlanan besinler olduğu vurgulanmıştır. Ziyaretçiler tarafından getirilen besinlerin, özellikle işleme süreçlerine bağlı olarak sıklıkla yasaklandığı; kuru üzüm, fındık ve diğer kuru meyveler ile musluk suyunun yasaklı olma durumunun en çok değişkenlik gösteren gruplar olduğu bildirilmiştir.¹⁷ İngiltere’de yapılan bir çalışmada en yaygın şekilde kısıtlanmış gıdaların; pastörize edilmemiş süt ve ürünleri, çiğ veya az pişmiş yumurta, et, balık veya kabuklu deniz ürünleri,

olgunlaşmamış peynir olduğu; cevapların en büyük değişkenlik gösterdiği grubun, kurutulmuş meyveler ve tahıllar gibi büyük paketlenmiş gıdalar, soda, sterilize edilmemiş çatal bıçak takımı kullanımı olduğu ifade edilmiştir.¹⁸ İsveç'te yapılan çalışma sonucunda ise allojenik HKHN yapılan merkezlerde genel olarak çiğ süt ve süt ürünleri, probiyotikler, filiz ve tohumlar, çiğ, kurutulmuş, tütsülenmiş veya salamura et ve balık, çiğ ya da az pişmiş yumurta, kaynatılmamış çeşme suyunun yasaklandığı gösterilmiştir. Ancak çiğ meyve ve sebze tüketimi açısından merkezler arasında görüş birliği bulunmadığı bildirilmiştir.²⁰ Vicenski ve ark.¹⁶ Brezilya'da yaptıkları çalışma sonucunda nötropenik diyet kısıtlamaları ile ilgili bir uzlaşım olmadığını belirtmişlerdir. Ancak alkollü içecekler, keten ve susam tohumları, çiğ ince kabuklu meyveler, çiğ sebzeler, melas, fast-food restoran yemeklerinin tüm merkezlerde diyetin yasakları arasında yer aldığı ifade edilmiştir. Benzer şekilde fermente süt, pastörize yoğurt, İtalyan peyniri ve beyaz peynir, sosis, salam, jambon, deniz ürünleri, hazır dondurulmuş besinler, kahverengi şeker, hazır bal, fındık ve kavrulmuş fıstık, ev yapımı ve hazır turta ve kek çoğu merkezde kritik dönemde yasaklanan besinler arasındadır. Ek olarak genel olarak kısıtlanan besinlerin ve içeceklerin; çiğ sebzeler, kabuğu soyulmamış meyveler, pastörize edilmemiş süt ürünleri, sushi, taze çilekçiller, işlenmemiş bal ve kuyu suyu olduğu bildirilmiştir. Nakilden 100 gün sonra ise yasaklanan besinler biraz daha açıldığı ve alkollü içecekler, fermente süt, pastörize yoğurt, çiğ ince kabuklu meyveler, salam, sosis, pişmiş balık, ev yapımı ve hazır turta ve kek, dondurma, kahverengi şeker, fast-food restoran yemeklerinin diyetle eklenebildiği bildirilmiştir.¹⁶ Mank ve Davies¹⁷ çalışmalarında nötropenik diyet uygulamalarının ve kısıtlamalarının kültürel ve coğrafik farklılıklar gösterdiğini, Avrupa haritasında kuzeyden güneye doğru gidildiğinde daha katı kısıtlamaların olduğunu ifade etmişlerdir. Bu durumun nedenlerinden birinin de; ülkelerin sıcaklıklarının olabileceği, sıcak ülkelerde besin hazırlama sırasında oluşabilecek risklerin daha yüksek olmasına bağlı olarak önlemlerin artırılmış olabileceği vurgulanmıştır.¹⁷ Nötropenik diyetin içeriği ve kısıtlamalarına yönelik çok çeşitli uygulamalar bulunmaktadır. Bu uygulamalar bazı besin grupları için ortak olsa da bazı kuruluşlarda daha özel kısıtlamalar yapılmaktadır.¹⁶⁻¹⁸ Nötropenik diyetle genel

olarak kısıtlanan ve izin verilen besinler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Nötropenik diyet uygulaması sürecinde bazı besinlerin tüketimine izin verilse dahi besin kaynaklı bazı sorunlara yol açabilirler. Bunların önlenmesi için besin hijyeninin yeterli olması, uygun saklama ve depolama koşullarının sağlanması, besin hazırlama ve servis sürecinde kontaminasyonu önleyecek önlemlerin alınması önemlidir. Nötropenik diyet uygulamaları sadece bazı besinleri kısıtlamakla kalmaz, olası riskleri en aza indirmek için güvenli gıda hazırlama yöntemlerinin hepsinin uygulanması gerekmektedir. Bunlar, besinlerin doğru şekilde yıkanıp temizlenmesinden, uygun sıcaklıkta pişirilmesine ve saklanmasına kadar tüm besin hazırlama süreçlerini içerir.²³ Benzer şekilde Amerikan Besin ve İlaç Dairesi (FDA)'nın besin güvenliği ve hijyen konularını içeren kılavuzunda da; besinlerle temastan (hazırlama, pişirme, tüketme vb) önce ellerin yıkanması, son tüketim tarihi geçen besinlerin tüketilmemesi, çiğ et, balık ve tavuk gibi besinlerin diğer besinlerle sızıntı oluşturmayacak şekilde ambalajlanmış kaplarda saklanması, pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerinin, meyve sularının; az pişmiş et, tavuk, yumurta ve balığın tüketilmemesi gerektiğine dair uyarılar bulunmaktadır.²⁴ Ancak bu diyetleri hazırlamanın hastane ortamında yoğun işgücü gerektirdiği ve maliyeti artırıcı bir faktör olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca bu diyetler kısıtlayıcı, tatsız ve hasta için nispeten daha az kabul edilebilirdir. Hastanın mevcut beslenme alışkanlıklarına müdahale eder ve bu nedenle kemoterapi sırasında yetersiz besin alımına yol açma potansiyeline sahiptir. Bu yüzden ciddi kısıtlamaların olduğu diyetler yerine evde de uygulanabilecek diyet yaklaşımları uygulanmaktadır.¹¹ Nötropenik diyetle ilişkin bilimsel dayanakların kesin olmamasına ve diyetin uygulanmasına yönelik standartlar olmamasına rağmen kullanımına devam eden kuruluşlar bulunmaktadır. Bu kuruluşlar, kanıtların kesin olmamasına rağmen bağışıklığı bastırılmış hastalarda temkinli olmanın ve diyetle devam edilmesinin önemli olduğunu bildirmişlerdir.^{10,12} Yapılan bir meta analizde, kemoterapi sonrası veya HKHN sonucu nötropeniye giren kanser hastalarında nötropenik diyet ve normal diyet karşılaştırılmış ve sonuçta enfeksiyon riski (RR=1.08, CI: 0.72-1.61, I2:39%) ve mortalite (RR= 1.08, CI: 0.78-1.50) açısından anlamlı bir fark olmadığı

Tablo 3: Nötropenik Diyet ve Normal Diyetin Hastalardaki Etkilerini Karşılaştıran Çalışmalar

Referans	Hasta grubu	Karşılaştırılan Diyetler	Vaka/kont rol Sayısı	Sonuç
van Tiel ve ark. ²⁶	Remisyon indüksiyon kemoterapisi alan akut lösemili hastalar	Normal hastane diyeti /Nötropenik diyet	10/10	Mayalar veya aerobik gram negatif bakteriler tarafından barsak kolonizasyonu (sırasıyla p=0.6, p=0.43); enfeksiyon ve ateşli gün sayısı açısından anlamlı fark yok (sırasıyla p=0.48, p=0.11)
Lassiter ve Schneider ²⁷	Myeloablative allojenik HKHN geçiren hastalar	Nötropenik diyet/Normal diyet	25/20	Kan dolaşımındaki bakteri kültürü pozitif olma oranı açısından (p=0.99) ve enfeksiyon oranı açısından anlamlı fark yok (p=0,7)
Gardner ve ark. ²⁸	Akut myeloid lösemi nedeniyle remisyon indüksiyon tedavisi uygulanan yeni tanı hastalar	Çiğ meyve ve sebzeleri içermeyen (pişmiş diyet)/ iyi yıkanmış taze meyve ve sebzeleri içeren diyet (çiğ diyet)	78/75	Nötrofil sayımları 500/μL'den az ve 100/μL'den az olan gün sayısı (p=0.77;p=0.53), 3. ve 4. derece mukozit veya ishal insidansı (p=0.34), enfeksiyon oranı (p=0.6) açısından anlamlı fark yok
Moody ve ark. ²⁹	Myelosupresif kemoterapi alan pediatrik onkoloji hastaları	Nötropenik diyet/ (FDA)'nın önerdiği besin güvenliği kılavuzuna göre beslenme programı	9/10	Enfeksiyon riski ve nötropeni süresi (p=0.29) açısından anlamlı fark yok, nötropenik diyete uyum %94, FDA kılavuzuna uyum %100
Trifilio ve ark. ³⁰	HKHN alan nötropenik hastalar	Nötropenik diyet/Normal hastane diyeti	363/363	Nötropeni süresi (p=0.22), diyare (p=0.1), mortalite (p=0.58), Otolog HKHN alt grubunda mikrobiyolojik olarak doğrulanmış toplam enfeksiyonlarda (p=0.11) anlamlı bir fark yok

bildirilmiştir.²⁵ Bu doğrultuda yapılan nötropenik diyet ile normal hastane diyetinin hastalarda gözlemlenen enfeksiyon sıklığı ve diğer sağlık problemleri üzerine etkilerini karşılaştırmak amacıyla yürütülmüş diğer çalışmaların sonuçları ise farklılık göstermektedir ve çalışmaların sonuçları Tablo 3'de sunulmuştur. Hastaneye başvuran hastaların besin tercihlerine göre belirlenen bazı sebze ve meyvelerin çiğ, haşlanmış, yıkanmış ve sanitize edilmiş şekillerinin mikrobiyolojik ve C vitamini içeriğinin değerlendirildiği bir çalışmada, ısıya dayanıklı koliformlar, koagülaz (+) stafilokoklar ve Salmonella açısından bir farklılık olmadığı, ancak pişirilmiş besinlerde önemli derecede C vitamini kaybı olduğu ve ayrıca C vitamini kaybının pişirme süresiyle pozitif ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ancak mikrobiyolojik kalite ham maddenin, gıdaların işlendiği ortamın hijyen koşullarına ve kullanılan kapların temizliğine bağlı olarak farklılık gösterebileceğinden sonuçların tüm kurumlar için genellenemeyeceği bildirilmiştir. Aynı çalışmada ek olarak

nötropenik diyet uygulaması gereken hastalarda, sebze ve meyveleri pişirmek yerine, bu besinleri yeterince sterilize etmenin istenilen hijyeni sağlayabileceği sonucuna da varılmıştır.³¹ Yapılan çalışmalarda bazı kısıtlayıcı faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler arasında; çalışmalarda örneklem büyüklüklerinin az olması, nötropenik enfeksiyon insidansını belirleyen dokümantasyonun ve/veya nötropenin derecesi ve süresini içeren diğer değişkenlerin ölçümünün değerlendirmeye katılmaması, virüslere maruziyet, granülosit koloni uyarıcı faktörlerin kullanılma durumları, hematolojik ve solid tümörlerin varlığı, mukozit derecesi ile normal diyet tüketenlerde de bilinçlenme nedeniyle taze sebze ve meyve tüketiminden kaçınma durumları sayılabilmektedir. Bu kısıtlayıcı faktörler nedeniyle çalışma sonuçlarının popülasyona genellenmesi mümkün olamamaktadır.^{1,10} Genel olarak nötropenik diyetin, kemoterapiye bağlı nötropeni gelişen hastalarda nötropeni durumu düzelene kadar,⁸ otolog kök hücre nakillerinde

kemoterapiden sonra 3 ay, allojenik kök hücre nakillerinde nakilden sonra 1 yıl veya bağışıklığı baskılayıcı ilaç kullanımı devam ediyorsa, bağışıklığı baskılayan ilaçların tümü bırakılana kadar devam etmesi önerilmektedir.^{14,20} Nötropenik diyet uygulamalarının sonuçlarının değişkenlik göstermesi ve üstünlüğünün kanıtlanamaması nedeniyle çok katı diyet kısıtlamaları yerine besin güvenliği yaklaşımını benimsemenin daha doğru olabileceğine dair düşünceler mevcuttur.^{11,26} Amerikan Tarım Bakanlığı sağlıklı bireyler, kanser hastaları ve transplant alıcıları için ayrı ayrı yayımladığı besin güvenliği kılavuzunda, güvenli besin uygulamaları konusuna dikkat çekmiştir. Bu kılavuzlar gıda güvenliği için yıkama, ayırma, pişirme ve soğutmayı içeren 4 temel unsur üzerinde durmuşlardır. Bunlar; elleri, besinle temas eden yüzeyleri, sebze ve meyveleri yıkamayı, çiğ, pişmiş, tüketime hazır besinleri alışverişte, saklamada ve hazırlamada ayırmayı, besinleri uygun sıcaklıkta pişirmeyi, bozulabilecek gıdaları hemen soğutmayı temel alır.^{24,32,33} Ayrıca nötropenik hastalar için çiğ sebze ve meyvelerin, çiğ veya az pişmiş yumurta, et, tavuk balık ve deniz ürünleri ile pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerinin diğer bireylere göre daha yüksek risk teşkil ettiği üzerinde durulmuştur.²⁴

Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği (ESPEN), 2017 yılında kanser hastaları için yayımladığı kılavuzda allojenik KHN'ni takiben 30 günden daha uzun süre düşük bakteriyel diyeti önermek için tutarlı klinik verilerin yetersiz olduğunu belirtmiştir.³⁴

Sonuç ve Öneriler

Çalışmaların sonuçları nötropenik diyet uygulamasını desteklemiyor gibi görünse de, hijyen ve sanitasyonla ilgili yaklaşımları yetersiz olan ülkelerde kontamine besinlerin neden olduğu enfeksiyonlar göz ardı edilemeyecek kadar önemli bir sorundur. Ancak kanser hastaları gibi beslenme durumunun hayati önem taşıdığı bir grupta, nötropenik diyet uygulamalarındaki kısıtlamaların, hastanın beslenme durumunu bozacak düzeyde katı olmamasına dikkat edilmelidir. Hijyen, güvenli besin alımı, hazırlama ve saklama koşullarına yönelik eğitimlerin verilmesi bu hastalarda temel hedef olmalıdır. Ayrıca her kuruluşta farklı uygulamaların olması, tedavilerini farklı yerlerde devam ettiren hastaları endişelendirmektedir. Bu nedenle belirli kılavuzların yayınlanması ve

rutinde kullanımlarının sağlanması önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Jubelirer SJ. The benefit of the neutropenic diet: fact or fiction? *The Oncologist* 2011;16(5):704-7.
2. Zinner SH. Changing epidemiology of infections in patients with neutropenia and cancer: Emphasis on gram-positive and resistant bacteria. *Clinical Infectious Diseases* 1999;29(3):490-4.
3. Freifeld AG, Bow EJ, Sepkowitz KA, Boeckh MJ, Ito JI, Mullen CA, et al. Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 update by the infectious diseases society of America. *Clinical Infectious Diseases* 2011;52(4): 56-93.
4. Marrs JA. Care of patients with neutropenia. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2006;10(2):164.
5. De Naurois J, Novitzky-Basso I, Gill MJ, Marti FM, Cullen MH, Roila F, et al. Management of febrile neutropenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology* 2010;21(Supply 5): 252-6.
6. Shelton BK. Evidence-based care for the neutropenic patient with leukemia. *Seminars in Oncology Nursing* 2003;19(2):133-41.
7. Shelton BK. Infection. In: Yarbro CH, Wujcik D, Gobel BH, eds. *Cancer Nursing Principles and Practice*. 7.th. ed. United States of America: Jones and Bartlett Publishers (LLC); 2013. p.713-28.
8. Wison BJ. Dietary recommendations for neutropenic patients. *Seminars in Oncology Nursing* 2002;18(1):44-49.
9. Berg RD. Bacterial translocation from the gastrointestinal tract. *Trends in Microbiology* 1995;3(4):149-54.
10. Sözeri E, Kutlutürkan S. Kanser Tedavisi Sırasında Nötropenik Diyet Uygulaması [Neutropenic diet application during chemotherapy] *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi [Yıldırım Beyazıt University Journal of Nursing]* 2015;3(3):42-48.
11. Nicole Fox R, LMNT C, Freifeld AG. The neutropenic diet reviewed: Moving toward a safe food handling approach. *Oncology* 2012;26(6):572-585.
12. Garofolo A. Neutropenic diet and quality of food: a critical analysis. *Brazilian Journal of Hematology and Hemotherapy* 2013;35(2):79-80.
13. Martin-Salces M, de Paz R, Canales MA, Mesejo A, Hernandez-Navarro F. Nutritional recommendations in hematopoietic stem cell transplantation. *Nutrition* 2008;24(7-8):769-75.
14. Akbulut G. Medical Nutritional Therapy in Hematopoietic Stem Cell Transplantation (HSCT). *International Journal of Hematology and Oncology* 2013;23(1):55-65.
15. DeMille D, Deming P, Lupinacci P, Jacobs LA, editors. The effect of the neutropenic diet in the

- outpatient setting: a pilot study. *Oncology Nursing Forum* 2006;3(2):37-343.
16. Vicenski PP, Alberti P, do Amaral DJ. Dietary recommendations for immunosuppressed patients of 17 hematopoietic stem cell transplantation centers in Brazil. *Brazilian Journal of Hematology and Hemotherapy* 2012;34(2):86-93.
 17. Mank AP, Davies M, research subgroup of the European Group for B, Marrow Transplantation Nurses G. Examining low bacterial dietary practice: a survey on low bacterial food. *European Journal of Oncology Nursing* 2008;12(4):342-8.
 18. Carr SE, Halliday V. Investigating the use of the neutropenic diet: a survey of U.K. dietitians. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2015;28(5):510-5.
 19. Braun LE, Chen H, Frangoul H. Significant inconsistency among pediatric oncologists in the use of the neutropenic diet. *Pediatr Blood Cancer* 2014;61(10):1806-10.
 20. Baumgartner A, Bargetzi M, Bargetzi A, Zueger N, Medinger M, Passweg J, et al. Nutritional support practices in hematopoietic stem cell transplantation centers: A nationwide comparison. *Nutrition* 2017; 35:43-50.
 21. Tomblyn M, Chiller T, Einsele H, Gress R, Sepkowitz K, Storek J, et al. Guidelines for preventing infectious complications among hematopoietic cell transplantation recipients: a global perspective. *Biol Blood Marrow Transplant* 2009;15(10):1143-238.
 22. Lipkin AC, Lenssen P, Dickson BJ. Nutrition issues in hematopoietic stem cell transplantation: state of the art. *Nutrition in Clinical Practice* 2005;20(4):423-39.
 23. Tatar T, Çekici H, Akbulut G. [Medical Nutrition Therapy for Oncologic Patients]. Akbulut G, editör. *Tıbbi Beslenme Tedavisinde Güncel Uygulamalar*. 9.Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2017. p.99-106.
 24. U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. *Food Safety for People with Cancer*, September 2011. Erişim adresi: <https://www.fda.gov/food/foodborneillnesscontaminants/peopleatrisk/ucm312565.htm>
 25. Sonbol MB, Firwana B, Diab M, Zarzour A, Witzig TE. The Effect of a Neutropenic Diet on Infection and Mortality Rates in Cancer Patients: A Meta-Analysis. *Nutrition and Cancer* 2015;67(8):1230-8.
 26. Van Tiel F, Harbers MM, Terporten PH, van Boxtel RT, Kessels AG, Voss GB, et al. Normal hospital and low-bacterial diet in patients with cytopenia after intensive chemotherapy for hematological malignancy: a study of safety. *Annals of Oncology* 2007;18(6):1080-4.
 27. Lassiter M, Schneider SM. A pilot study comparing the neutropenic diet to a non-neutropenic diet in the allogeneic hematopoietic stem cell transplantation population. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2015;19(3):273-8.
 28. Gardner A, Mattiuzzi G, Faderl S, Borthakur G, Garcia-Manero G, Pierce S, et al. Randomized comparison of cooked and noncooked diets in patients undergoing remission induction therapy for acute myeloid leukemia. *Journal of Clinical Oncology* 2008;26(35):5684-8.
 29. Moody K, Finlay J, Mancuso C, Charlson M. Feasibility and safety of a pilot randomized trial of infection rate: neutropenic diet versus standard food safety guidelines. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology* 2006;28(3):126-33.
 30. Trifilio S, Helenowski, I, Giel, M, Gobel, B, Pi J, Greenberg D, Mehta J. Questioning the role of a neutropenic diet following hematopoietic stem cell transplantation. *Biology of Blood and Marrow Transplantation* 2012;18(9), 1385-1390.
 31. Galati PC, Lataro RC, Souza VM, de Martinis EC, Chiarello PG. Microbiological profile and nutritional quality of raw foods for neutropenic patients under hospital care. *Brazilian Journal of Hematology and Hemotherapy* 2013;35(2):94-8.
 32. U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. *2015–2020 Dietary Guidelines for Americans 2015*. Erişim adresi: <http://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/>.
 33. U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. *Food Safety For Transplant Recipients 2011*. Erişim adresi: <https://www.fda.gov/food/foodborneillnesscontaminants/peopleatrisk/ucm312570.htm>
 34. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition* 2017;36(1):

Akran Zorbalığını Önlemede Hemşirenin Rolü

Role of Nurse in Peer Bullying Prevention

Gülümser DOLGUN^a

ÖZ Akran zorbalığı okullarda her geçen gün artan, kısa ve uzun dönemde insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır. Akran zorbalığı, gücünün zayıf üzerinde kasıtlı ve sürekli olarak fiziksel, sözel, davranışsal güç kullanmasıdır. Bu durum, öğrenciler için ciddi bir travma olup, etkileri okul dönemi ile sınırlı kalmayıp yaşam boyu sürmekte ve toplum sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Akran zorbalığı sadece öğrencileri değil aileleri, öğretmenleri ve okul yöneticilerini de olumsuz etkiler. Akran zorbalığının önlenmesi; eğitim ve toplumun tüm paydaşlarını (öğrenci, öğretmen, yönetici, veli, hemşire, sivil toplum örgütleri) içine alan, etkili politikaların geliştirilmesi ile mümkündür. Toplumda; her çocuğun güvenilir bir ortamda eğitim, öğretim alma ve yaşam hakkı olduğu gibi temel insani değerler ve farklılıklara saygı duyma konusunda bilinç kazandırılması önemlidir. Bu yazıda akran zorbalığının tanımı, zorbalığın çocuk sağlığı ve akademik başarıya etkileri ve akran zorbalığını önleme ve müdahale programlarının geliştirilmesinde, halk sağlığı ve okul hemşiresinin rolleri ele alınacaktır.

Anahtar sözcükler: Akran zorbalığı; mağdur; okul hemşireliği; önleme stratejileri

ABSTRACT Peer bullying is defined as a problem of public health that affects human health negatively in the short and long term, increasing day by day in schools. Peer bullying is the use of force by intentionally and constantly physical, verbal, behavioral power over the weak. This situation is a serious trauma for the students and the effects are not only limited to the school period but also life-long and also affect the public health negatively. Peer bullying negatively affects not only the students but also their parents, teachers and school administrators. Peer bullying can be prevented by the development of effective policies that include education and the community's stakeholders (students, teachers, administrators, parents, nurses, non-governmental organizations). In society; it is important that every child receive education, training, in a reliable environment, and given awareness of respect for basic human values and differences as well as the right to life. In this article will focus; the definition of peer bullying, the effects of bullying on children's health and academic achievement; and the role of public health and school nurses in the development of prevention and intervention programs for peer violence.

Key words: Peer bullying; victim; school nurse; prevention strategies

Giriş

Zorbalık, tüm dünya da anaokulundan başlayarak hayatın her alanında, mahalle, sokak, spor alanı, okul ve iş yerlerinde sağlığı ciddi bir biçimde tehdit eden bir halk sağlığı sorunudur. Zorba davranışlar farklı şekillerde; fiziksel, sözel, cinsel, homofobik, dinsel, ırksal ya da siber saldırı olarak yaşanabilmektedir. Ebeveynlerin ve okul yöneticilerinin anlık kaygıları kadar olayın zorba ve mağdur üzerindeki olumsuz etkilerinin ileri yaşlarda devam etmesi, sağlık çalışanlarının problem üzerinde sürekli çalışmasını gerektirmektedir.^{1,2} Bu yazı ile çok boyutlu, geniş kapsamlı olan ve önlenmesi için multidisipliner çalışma gerektiren akran zorbalığında; olayın zorba, mağdur ve izleyiciler üzerindeki etkilerine dikkat çekilmiş ve hemşirenin rolü üzerinde durulmuştur. Çünkü hemşireler sağlık sorunlarının belirlenmesinde ve önlenmesinde çocuk ve aile ile ilk karşılaşan

sağlık ekibi üyesidir. Bu bağlamda bir halk sağlığı sorunu olarak görülen akran zorbalığında özellikle toplum ve okul sağlığı hemşireliğinin rolleri üzerinde durulacaktır.

Konunun Tanımı ve Önemi

Zorbalık, 1970'lerin sonunda Olweus tarafından tanımlanmış ve genellikle agresifliğin/ saldırganlığın bir alt kategorisi olarak kabul edilmiştir. Dilimizde saldırganlık, şiddet ve zorbalık kelimeleri eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Oysa gerçekte anlamları son derece farklıdır. Şiddet (violence), eylemin kendisini tanımlamak için kullanılır ve fiziksel güç kullanmayı gerektirdiği için yaralanma ve ölümle sonuçlanabilir.^{2,3} Saldırganlık şiddeti ve zorbaca eylemleri içine alan bir kavramdır. Şiddet ve zorbalıktan farkı; kişinin psikolojik ve toplumsal gelişiminin, nörolojik ve hormonal yapısının

Geliş Tarihi/Received:19-08-2017/ **Kabul Tarihi/Accepted:**7-12-2017

^a Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, e-mail: gulumser6@hotmail.com
ORCID: 0000-0003-2988-9280

etkileşimiyle ortaya çıkmasıdır. Bu nedenle daha çok dürtü, içgüdü olarak tanımlanır ve kişisel, toplumsal ve çevresel özelliklere göre değişiklik gösterir. Saldırganlık her zaman şiddete dönüşmeyebilir ya da zarar verme amacıyla gerçekleşmeyebilir. Bazen özgürlük, statü kazanımı gibi nedenlerle yapılan saldırganlık hoş karşılanır, hatta ödüllendirilir.^{4,5} Zorbalık (bullying), bir tür saldırganlık olmakla birlikte sadece “saldır-ganlık” özelliği taşımamakta ya da sadece “şiddet” içerme-mektedir. Zorbalık, herhangi bir kışkırtma olmaksızın, gerçek ya da algılanan güç dengesizliği olan kişi ya da grubun, tekrarlayıcı, sistematik zarar verme davranışı olarak adlandırılmaktadır. Şiddet, bir defaya mahsus olabildiği gibi güç dengesi de aramaz.^{6,7} Akran zorbalığını ve içinde geçen diğer terimleri iyi anlayabilmek ve ortak terminoloji kullanmak içi anlamını net olarak açıklamak gerekir.

Akran zorbalığı (peer bullying): Zorbalık her yaşta kişi tarafından uygulanabilir. İlk kez Norveçli araştırmacı, Dan Olweus tarafından daha çok çocuk ve adolesanlar için kullanılan bir terimdir. Tanımı zorbalık ile benzerdir. Aynı ya da benzer yaştaki akranların; kışkırtma unsuru olmaksızın, aralarında fiziksel, psikolojik açıdan güç eşitsizliği olan bireylerden güçlünün, karşı tarafa bilerek, isteyerek, kasıtlı olarak ve sistemli bir biçimde uyguladığı, aynı kişi ya da gruplar arasında tekrarlılık gösteren, mağdur olanda korku, endişe yaratmayı amaçlayan fiziksel, sözel, psikolojik saldırı veya yıldırma içeren olumsuz davranışlar olarak tanımlanır.^{6,8} En önemli özelliği tekrarlayıcı olması ve karşı tarafta sürekli bir mağduriyet içermesi ve zorba ile mağdur arasında sürekli, dinamik bir ilişki olmasıdır.

Mağdur/kurban (victim): Başka bir kişi ya da kişilerin hareketlerinden, davranışlarından, sözlerinden, düzenli olarak zarar görmüş, acı çekmiş ve genelde zayıf, savunmasız, itaatkar kişidir. Obezite, sakatlık, etnisite farklılığı, düşük sosyo-ekonomik durum gibi sosyal statü kayıpları vardır.⁹ Bu nedenle bazı çocukların mağdur olma olasılığı diğerlerine göre daha yüksektir. Mağdurlar genelde pasif kişilik özelliklerine sahiptir. Bazen tam tersi aktif, asabi, uyumsuz ve kışkırtıcı da olabilir ve saldırıya uğradıklarında misilleme yapabilirler.^{8,10}

Zorba-Kurban (provokatif kurban): Hem zorbaca söz ve eylemlerde bulunma, hem de zorbalığa maruz kalma anlamında kullanılır. Bu kişiler agresif, ateşli, huzursuz ve yıkıcı olarak tanımlanır.¹⁰ Mağdurların okul performansının düşmesi, psikolojik sorunlar yaşamaları sonucu zaman içinde zorba olma olasılıkları nedeniyle her iki grubun da teşhis edilmesi önemlidir. Burada Olweus “bullying circle-mağdur-kurban çemberi” den söz etmektedir.^{8,10}

İzleyiciler/tanımlar: Araştırmalarda izleyiciler dört grupta ele alınmaktadır. Olaylara karışmayan fakat zorbanın tarafında olup, bu durumu destekleyen *itaatkar/aktif izleyiciler*: İtaatkar izleyiciler bazen zorbanın davranışlarını kolaylaştırmak içi uygun ortam yaratır. Bu şekilde davranmakla gücü olan zorbanın yanında bir sosyal statü ya da maddi çıkar elde etmekte ve kendilerini güvenceye aldıklarını düşünmektedirler. Bu grupta olan izleyiciler daha sonra zorbalık yapabilir ya da kendilerini kötü hissedebilirler. Zorbaların savunucu izleyicilerden kendilerini korunmak için onları destekleyen itaatkar izleyicilere gereksinimleri vardır. *Asistan tip katılımcılar*: Fiziksel olarak zorbaya yardım etmekte, bir nevi yardımcı rolü üstlenmektedirler. *Savunucu izleyiciler*; zorbanın yaptıklarına karşı kurbanın yanında olurlar fakat aktif değildirler. Genellikle mağ-durla aynı cinsiyettedir. Savunucu izleyiciler mağduru savunurken kendileri de zorbaya karşı motive olup, güç toplar. Çünkü bir sonraki hedefin kendileri olabileceğinden korkar ve endişe duyarlar. Mağdurların savunulması önemlidir. Çünkü zorbalılar arkasında savunu-cusu olanları hedef almak istemezler.^{9,11} Bir de durumu ne provoke eden ne de mağduru savunan fakat kısmen bu olaydan zevk alan *tarafsız-pasif izleyiciler* vardır. Bu kişiler olayın onları ilgilendirmediğini düşünür, fakat hem zorba hem de mağdurlar bu kişileri karşı tarafın destekleyicisi gibi algıladığından, geleceklerinden endişe duyarlar (Resim 1).⁸ Akran zorbalığı, zorbanın, mağduru ve izleyicilerin fiziksel, ruhsal sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önlenmesi gereken, başı sonu belli olmayan dairesel bir süreçtir. Hiç kimse olayın dışında kalamamaktadır. Tüm bu karşılıklı ilişkilerde akranlar kadar aile ve okul personelinin tavrı ve durduğu yer de önemlidir.^{8,11}



Resim 1: Akran Zorbalığı ve İzleyiciler

SW Productions/Photodisc/Getty Images (19.07.2017 alımdı)
<https://www.verywell.com/characteristics-of-a-typical-victim-of-bullying-3288501>

Sıklığı

Zorbalık, çocuklar ve adolesanlar için en zor deneyimlerden biridir. Sıklığının 8-16 yaşları arasında arttığı, yaş arttıkça adolesanın kendini koruması artıkça azaldığı, fakat etkilerinin yetişkin döneminde de devam ettiği gösterilmiştir.^{12,13} Kapçı¹⁴ yaptığı araştırmada, ilköğretim 4. ve 5. sınıfa devam eden öğrencilerin % 40'ının en azından bir kere fiziksel, sözel, duygusal ya da cinsel akran zorbalığı ile karşılaştığını belirtmiştir. Bir kısım araştırmacı da zorbalığın farklı türlerine maruz kalmanın yaşa göre değiştiğini genel olarak fiziksel zorbalığa maruz kalmada yaşa bağlı bir düşüş gözlemlendiğini, ilişkisel zorbalığa maruz kalmada bir artışın görülebileceğini ortaya koymuştur.¹³ Cinsiyetlere göre akran zorbalığına bakıldığında; araştırmaların çoğunda erkeklere daha çok fiziksel saldırganlık uygulandığı, kızların ise dolaylı saldırganlığa (sözel, psikolojik) maruz kaldıkları görül-

mektedir.^{12,13} Zorbalıkta yaş ve cinsiyet etkenlerinin dışında; okul değişikliği, fazla kilolu, farklı cinsel eğilimleri olma gibi bağlamsal faktörlerin de etkili olduğu ve zorbalık davranışlarının daha çok okul içinde görüldüğü belirtilmektedir.^{15,16}

Zorbalık Türleri, Yöntemleri ve Karakteristik Özellikleri

Araştırmalar zorbalığı, doğrudan ve dolaylı diye iki ana gruba, kullanılan zorbalık yöntemine göre de alt gruplara ayırmaktadır.^{2,15,17} (Tablo 1). Akran zorbalığını yapan ve mağdur olanların farklı karakteristik özellikleri olmasına rağmen^{2,18} (Tablo 2) uzun dönem etkileri genellikle ortaktır. Her ikisinde de adolesan ve yetişkinlerde alkol ve diğer ilaçları kötüye kullanımı, okuldan ayrılma, depresyon, erken cinsel aktivitede bulunma ve yetişkinlikte cezai mahkumiyet, trafik cezaları aldıkları belirtilmektedir.¹⁹

Akran Zorbalığının Önlenmesinde Hemşirenin Rolü

Zorbalık geniş, kapsamlı, çok boyutlu ve önlenmesi için birçok disiplinin birlikte çalışmasını gerektiren bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Okul ve toplum sağlığı hemşireleri, çocuk ve adolesanın fiziksel, psikososyal tanınması ile akran zorbalığını belirlemede en iyi konumda olan sağlık elamanlarıdır. En önemlisi de fiziksel zorbalıklarda ilk acil yardımı yapan ilk kişi olmalarıdır.

Hemşireler, öğretmenler ve veliler gibi çocuğun okul performansı ile doğrudan ilişkili olmadığı için adolesan ile daha kolay güven ilişkisi kurabilir ve zorbalık döngüsünü durdurmasına ya da azalmasına yardımcı olabilirler.

Tablo 1: Zorbalık Türleri ve Yöntemleri

Zorbalık Türleri	Zorbalık Yöntemleri
Fiziksel zorbalık (doğrudan)	Vurmak, itmek, kurbanın bir şeylerini çalmak, kişiye ve eşyalarına zarar
Sözlü zorbalık (doğrudan)	İftira atmak, isim takmak, hakaret etmek (ailesine, dinine, ırkına), tehdit etmek, alay etmek, kelimelerle psikolojik yıldırma uygulamak
İlişkisel zorbalık (dolaylı)	Dedikodu yapmak, saygısız hareketler yapmak, akranların mağdur ile ilişki kurmasını engellemek
Siber zorbalık (dolaylı)	Elektronik ortamı kullanarak tehdit, taciz, içeren yazılar, çizimler göndermek, alay etmek ve gözdağı vermek

Tablo 2: Zorba, Mağdur ve Zorba/Mağdurların Karakteristik Özellikleri

Zorba	Mağdur	Zorba/Mağdur
Dominant karakter	Fiziksel olarak akranlarından	Dürtüsel davranışlar
Genellikle erkek	Düşük benlik saygısı	Düşük benlik saygısı
Karşı çıkma davranışları	Arkadaş edinme güçlükleri	Düşük sosyal beceriler
Madde, alkol, sigara kullanımı	Arkadaşlarından daha az iddialı	Düşük problem çözme becerisi
Eşlik eden durumlar (DEHB*, depresyon, karşıt olma/karşı gelme bozukluğu)	Eşlik eden durumlar (anksiyete, kaygı, yalnızlık, depresyon)	Eşlik eden durumlar (DEHB, depresyon, karşıt olma / karşı gelme bozukluğu)

* Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

Akran zorbalığının daha çok okulda, sınıfta veya okul yolunda olması nedeniyle araştırmalar daha çok okul hemşireliği ile ilgilidir. Fakat okul hemşireliği de iş yeri hemşireliği gibi toplum sağlığı hemşireliğinin içinde yer almaktadır.^{20,21} Ayrıca, okul ve toplum sağlığı hemşireleri baş ağrısı, kusma, uyku düzensizleri, konsantrasyon güçlükleri, idrar problemleri (tutamama, enürezis), gece kabusları gibi bedensel stres belirtileri nedeni ile sık sık okula gitmek istemeyen, devamsızlık yapan ve zorbalığa maruz kalan çocukları daha kolay tanımlayabilir. Hemşireler zorbayı ve mağduru tanılamak için çocuklara dolaylı sorular yönetmeli; “okulda işlerin nasıl gittiği, okula gitmekten hoşlanıp hoşlanmadığı, arkadaş ilişkilerini, grup oyunlarına katılıp katılmadığını, bu oyunlara arkadaşları mı onu seçiyor yoksa o mu arkadaşlarını belirliyor, bilgisayar ve telefon kullanıp kullanmadığı” gibi ve aldığı cevapları değerlendirip, karar vermelidir. Mağdurları belirlemede; fiziksel morluklara, yırtık giysileri ya da aileden sürekli para isteyip istemediği, değerli giysi veya aksesuarlarını (ayakkabı, saat, kravat gibi) sık kaybedip etmediğinin sorgulanması tanıda yardımcıdır.^{2,21} Amerikan Pediatri Birliği’nin²² ve Ulusal Okul Hemşireleri Birliği’nin,²³ okulda şiddet olaylarında okul hemşirelerinin sorumluluklarını içeren raporları yayınlanmıştır.

Bu raporlarda okul hemşiresinin sorumlulukları şöyle özetlenmektedir:

- Riskli aile ve çocukların tanınması,
- Öğrenci, aile, okul çalışanlarının eğitimi,
- Pozitif rol modeli olma,
- Okuldaki çocuklara güvenli okul çevresi sağlamada gerekli yasal aktivitelere katılma,

- Çocukların benlik saygılarını geliştirmeye yönelik girişimde bulunmadır.

Zorbalıkta okul hemşiresinin rolü dört boyutta tanımlanmıştır:²⁴

- **Tanılama yapması;** davranışın tanınması,
- **Danışmanlık yapması;** okul ve aile ile işbirliği yapılarak zorbalığın önlenmesine yönelik programların uygulanması,
- **Önleyici olması;** sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik programların uygulanması,
- **Bilimsel araştırmalar yapması;** yeni ölçüm araçlarının geliştirilmesi, zorbalığın önlenmesine yönelik girişimlerin ve stratejilerin uygulanmasıdır.

Akran zorbalığının, toplumsal yaşantının sürdürüldüğü her ortamda önemli bir sorun olması ve bu sorunla ebeveynlerin tek başlarına baş etmeleri oldukça zor olması nedeniyle aile ve sosyal ortamları ayrı ayrı düşünülmemelidir. Okul hemşiresi okulda çocuklar, aileleri ve okul çalışanları ile işbirliği içinde olmalı ve kaynaklarını okuldaki öğrencilerin sağlığını geliştirmeye yönelik kullanmalıdır.²⁴ Okul hemşiresi, zorba veya kurban öğrencilerin belirlenebilmesi için rehberlik bölümü, eğitimciler, aileler, öğrenciler ve okul personeli ile birlikte hareket etmelidir. Öncelikle orta ve uzun vade zorbalığı önleme programları yapılmalı ve bu programların sürekliliği sağlanmalıdır. Çünkü sorun bir öğrencinin, ailenin, okulun sorunu değil toplumsal bir sorundur.^{25,26} Eğitimde öncelikli hedef zorbalığın olumsuz etkilerinin tanıtılması ve insanların zorbalığa ilişkin yanlış inanışlarını

ortadan kaldırılmasıdır. O'Moore²⁶, bu yanlış inanışları şöyle sıralamıştır:

- Okulda zorbalığa maruz kalmak, hiç kimseye hiçbir şekilde zarar vermez.
- Zorbalık büyümenin normal bir parçasıdır.
- Zorbalık bir karakter oluşturma sürecidir.
- Zorbalık çocuğu adam eder.
- Sopa ve taş bir kişinin boynunu kırabilir ama kelimeler hiç kimseyi yaralamaz.
- Kimseye söyleme yoksa suçlu (ispiyoncu, gammazcı) sen olursun.

Bu yanlış inanışlar, zorbalığın önlenmesini güçleştirmektedir. İlk aşamada bu konuda verilecek eğitimler, demeçler, bilgilendirme programları ile farkındalık oluşturarak medyanın, politikacıların ilgisi sürekli diri tutulmalı, yeni sorunların gelişmesi önlenmelidir. Eğitimler öğrencileri yaşına, ailelerin etnik gruplarına uygun olmalıdır. Aile, öğrenciler ve okul personeli konu ile ilgili farkındalık edindikten sonra, zorba ve kurbanların bireysel ihtiyaçlarının neler olduğunu saptamak ve bu ihtiyaçları karşılamak zorbalığı önleme çalışmalarında ikinci adımdır.²⁷ Bunun için çeşitli anket ve testlerden yararlanılabilir. Sonra da bu ihtiyaçlarının karşılanması için; okulda orta ve uzun vadeli stratejik politikalar oluşturulmalı, akran grupları ve aileler sosyal yapılar ile desteklenmelidir. Aile tutumlarının önemi vurgulanmalı; aşırı, sert disiplinin veya denetim eksikliğinin, sınırsız özgürlüklerin çocukta güven ve aidiyet duygularını olumsuz etkilediği anlatılmalıdır.²⁸ Çocuklarına karşı açık olmaları, onlar ile zaman geçirmeleri ve desteklemeleri önerilmelidir. Aile özellikleri; ailenin çocuk yetiştirme tutumları ve aileye bağlanma davranışları zorbalıkta araştırılması gereken davranışlardır.^{11,27} Öğrenmelere bireysel farkındalıkların kabulünü artıran, sınıf ruhunu geliştiren, öğrencilerin farklı özelliklerini ön plana çıkarabilecekleri ortamlar oluşturan yardımcı faaliyetlere ağırlık vermeleri önerilmektedir. Ayrıca güvenli okul ve sınıf oluşturulması önemlidir. Bunun için de aile, okul ve sosyal ortamları içeren bütüncül programlar oluşturulabilir.²⁹ Bütüncül programların başarısının sırrı dört madde ile özetlenmektedir: Çocuklar ile olumlu, sıcak bir ilişki ile onların yaşamına dahil olmak, kabul edilemez olan davranışlara kesin sınır koymak, kuralları bozan çocuklara fiziksel ve düşmanca

olmayan tavır sergilemek ve sorumluların olumlu rol model olması olarak gösterilmektedir. Bu konuda tüm tarafları içeren komitelerin kurulması, herkesin uyacağı kuralların net belirlenmesi ve bunların her seviyede kişi, sınıf ve gruplara uygulanması ve zorbalıkla ilgili karşıt kampanyalar düzenlenmesi, programların başarısını ölçmek için araştırmalar yapılması önerilmektedir.^{30,31} Hemşire tutarlı ve güven verici davranışları ile zorbalıkla karşılaşmanın utanç verici bir durum olmadığını adolesana hissettirmelidir. Çünkü çocuklar, zorbalığa maruz kaldıklarında, bir dışlanmışlık duygusu yaşarlar ve uygun bir yetişkin desteği aramayabilir ya da mağdurluğun açıklanmasını utanç verici bulabilirler. Hemşireler, adolesanların şüphe ve endişelerini giderici açıklamalar yapmalı ve onları mümkün olduğunca koruyucu davranışlar göstermelidir.³²

Sonuç

Zorbalık, karmaşık, çocuk sağlığı üzerinde kısa ve uzun vadeli ciddi ruhsal ve fiziksel etkileri olan zor bir konudur. Mağdurların desteklenmesi, zorbaların açığa çıkması için cesaretlendirilmesi önemlidir. Çocukların kendini güvende hissetmesi için öğrencilerin, ailelerin, okul çalışanlarının eğitilmesi ve zorbalığa karşı farkındalık oluşturulması, yüksek risk oluşturan grupların belirlenmesi, aktif bir mücadele programının geliştirilmesi ve hayata geçmesini sağlamak okul ve halk sağlığı hemşirelerin sorumlulukları arasındadır. Ayrıca okulda akran zorbalığını önlemeye yönelik olarak; öğrencilerin iletişim becerilerini artırmaya, duygularını sözel olarak ifade edebilmeleri ve enerjilerini dışa vurmaya yönelik çeşitli sosyal, kültürel veya spor etkinliklerine ağırlık verilmelidir. Böylece çocukların, toplumda yer edinmek için daha olumlu yolların olduğunu fark etmeleri sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Pells K, MJ. Ogando P. Revollo E. Experiences of peer bullying among adolescents and associated effects on young adult outcomes: longitudinal evidence from ethiopia, india, peru and viet nam, innocent discussion paper, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence. 2016. p.10-17.
2. Shetgiri R. Bullying and victimization among children. *Advances in Pediatrics* 2013;60(1):33-51.

3. Göker R. Okullarda akran zorbalığı [Peer bullying in schools]. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi [Journal of Human Sciences]* 2009;(2):511-37.
4. Salmivalli C. Bullying and the peer group: a review. *Aggression and Violent Behavior* 2010;15(2):112–120.
5. Olweus D. Bullying at school: what we know and what we can do. Cambridge MA: Blackwell, 1993. p.8-13.
6. Finkelhor D, Turner HA, Hamby S. Let's prevent peer victimization, not just bullying. *Child Abuse & Neglect.* 2012;36(4):271-74.
7. Olweus D. Sweden. In Smith PK, Morita Y, Junger-Tas J, Olweus D, Catalano R, Slee, P. (Eds). *The nature of school bullying: a cross-national perspective.* London & New York: Routledge, 1999. p.7–27.
8. Saleh MB. The hero as a victim of bullying and mobbing: a critical analysis of John Steinbeck's *Mice and Men*. *International Journal of Humanities and Social Science* 2013;3(1):139-46.
9. Huitsing Snijders TA, Van Duijn MA, Veenstra R. Victims, bullies, and their defenders: a longitudinal study of the coevolution of positive and negative networks. *Development and Psychopathology* 2014;26(3):645–659.
10. Solberg ME, Olweus D, Endresen IM. Bullies and victims at school: are they the same pupils? *British Journal of Educational Psychology* 2007;77:441–464.
11. Nickerson AB, Mele D, Osborne-Oliver KM. Parent-child relationships and bullying. In Jimerson SR, Swearer SM, & Espelage DL. (Eds.). *Handbook of bullying in schools.* New York: Routledge 2010. p.187-197.
12. Alikashiöglu M. Akran istismarı [Peer Abuse]. *Turk Arch Ped.* 2011;46(Suppl): 31-34.
13. Carlyle KE, Steinman KJ. Demographic differences in the prevalence, co-occurrence, and correlates of adolescent bullying at school. *Journal of School Health* 2007;77(9):623-629.
14. Kapıcı EG. İlköğretim öğrencilerinin zorbalığa maruz kalma türünün ve sıklığının depresyon, kaygı ve benlik saygısıyla ilişkisi [Bullying type and severity among elementary school students and its relationship with depression, anxiety and self esteem]. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi [Ankara University Journal Database]* 2004;37(1):1-13.
15. Mishna F, Alaggia R. Weighing the Risks: A child's decision to disclose peer victimization. *Child Sch* 2005;27(4):217-226.
16. Wang J, Iannotti RJ, Nansel TR. School bullying among adolescents in the United States: physical, verbal, relational, and cyber. *J Adolesc Health* 2009;45:368–375.
17. Hesapçıoğlu ST, Yeşilova H. Lise öğrencilerinin zorbalığa ve zorbalara ilişkin duyguları, düşünceleri ve tutumları [Feelings, thoughts and attitudes of high school students toward school bullying and the bullies]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi [Anatolian Journal of Psychiatry]* 2015;16(4):284-293.
18. Cook CR, Williams KR, Guerra NG, Kim TE, Sadek S. Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: a meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly* 2010;25:65-83.
19. O'Brennan L, Bradshaw CP, Sawyer AL. Examining developmental differences in the social-emotional problems among frequent bullies, victims, and bully/victims. *Psychology in the Schools* 2009;46:100-115.
20. Arslan S, Savaşer S. Akran zorbalığını önlemede okul hemşiresinin rolü [Role of School Nurse in Peer Bullying Prevention]. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi [Maltepe University Journal of Nursing Science and Art]* 2009;2(3):118-123.
21. Selekman J, Praeger SG. Violence in schools. In J. Selekman, *School Nursing: a Comprehensive Text.* Philadelphia: FA Davis. 2006. p.919–42.
22. American Academy of Pediatrics, Council on School Health. Policy Statement: The role of school nurse in providing school health services. *Pediatrics* 2008;121:1052-56.
23. Blosnich J, Bossarte R. Low-level Violence in Schools: Is there an association between school safety measures and peer victimization? *Journal of School Health* 2011;81(2):107-113.
24. King K. Violence in the school setting: a school nurse perspective. *The Online Journal of Issues in Nursing* 2014;31(19):35-43.
25. Vreeman RC, Carroll AE. A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161(1):78–88.

- 26.O'Moore M. Understanding School Bullying: A Guide for Parents and Teachers, Dublin. Veritas. 2010.p.23,32.
- 27.Hill NJ, Hollis M. Teacher time spent on student health issues and school nurse presence. J Sch Nurs 2012;28(3):181-186.
- 28.Georgiou SN. Bullying and victimization at school: the role of mothers. Br J Educ Psychol. 2008;78:109–125.
- 29.Karataş H. İlköğretim okullarında zorbalığa yönelik geliştirilen programın etkisinin incelenmesi [Examining the effect of the program developed to address bullying in primary schools]. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 2011, İzmir.
- 30.Pişkin M. School bullying: definition, types, related factors, and strategies to prevent bullying problems. Educational Sciences: Theory and Practice 2002;2(2):531-562.
- 31.Olweus D, Limber SP. Bullying in School: Evaluation and dissemination of the olweus bullying prevention program. Am J Orthopsychiatry 2010;80(1):124–134.
- 32.Albayrak S. Okulda uygulanan zorbalığı önleme programının zorbalığın azaltılmasında etkisi [The effect of the bullying prevention program implemented in the school on the reduction of bullying] Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, 2012, İstanbul.

Yenidoğan Tarama Testlerinde Örnek Alınması ve Gönderilmesinde Hemşirelerin Sorumlulukları

Taking Samples and Sending in Newborn Screening Tests and Responsibilities of Nurses

Leyla ERDİM^a, Sevil İNAL^b

ÖZ Ülke düzeyinde yenidoğan bebeklerin yaşama daha sağlıklı başlamalarını sağlayabilmek için tarama programları yürütülmektedir. Yenidoğan tarama programlarının amacı bazı konjenital hastalıkları belirtileri ortaya çıkmadan önce belirlenmek, bu sayede durumun uzun vadeli sonuçlarını önlemek veya iyileştirilmesi için tedavinin mümkün olan en erken dönemde başlamasını sağlamaktır. Birçok etkilenen bebek taramalarla erken dönemde belirlendiğinde, doğumdan kısa süre sonra başlayan tedaviler ile normal ve sağlıklı bir yaşam sürdürebilmektedir. Bu makalede, metabolik tarama testleri için kan örneği alınması ve gönderilmesinde hemşirenin sorumlulukları konusundaki farkındalıklarının artırılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan tarama testleri, kan örneği alma, hemşirelik

ABSTRACT Screening programs are being carried out to provide for a healthier starting to life of newborn babies in our country. The purpose of the newborn screening programs is to determine certain congenital diseases before they occur. In this regard, it is to start treatment as early as possible in order to prevent or improve the long-term outcome of the disease. Many affected infants may be able to maintain normal and healthy life with treatments that started shortly after birth when identified early in the scan. In this article, it is aimed to increase the awareness of nurses about responsibilities intake and delivery of the blood sample for the metabolic screening tests.

Key words: newborn screening tests, blood sampling, nursing

Giriş

Tarama, bir toplumda hızla uygulanabilen testler ve muayenelerle bilinmeyen hastalıkların ortaya çıkarılması sürecidir. Taramanın amacı; hastalıkların belirti vermeden ve geriye dönüşümsüz zararları oluşmadan belirlenmesidir.¹

Ülke düzeyinde yenidoğan bebeklerin yaşama daha sağlıklı başlamalarını sağlayabilmek için tarama programları yürütülmektedir.² Yenidoğan tarama programlarının amacı konjenital sorunları olan bebekleri hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce belirlenmek, bu sayede hastalığın uzun dönem sonuçlarını önlemek veya iyileştirilmesi için tedavinin mümkün olan en erken dönemde başlamasını sağlamaktır.^{3,4} Birçok etkilenen bebek taramalarla erken dönemde belirlendiğinde doğumdan kısa süre sonra başlayan tedaviler ile sağlıklı bir yaşam sürdürebilmektedir. Aksi durumda bebekte zekâ geriliği, bedensel engellilik gelişebilmekte hatta ölümle sonuçlanan durumlar olabilmektedir.⁵

Yenidoğan tarama programları kapsamında yapılan birtakım testlerle çeşitli kalıtsal hastalıkların (fenilketonüri, doğumsal kalça çıkığı,

hipotiroidi vb.) tespiti sağlanabilmektedir.^{4,6} Yenidoğan tarama testleri, tedavi edilebilir ya da kontrol altına alınabilen çeşitli hastalıkları tanılamak için kullanılmaktadır.⁶ Taramalarda kullanılan testler tanı testleri değildir ve ek olarak doğrulama testleri gereklidir. Tarama testleri etkilenmiş bebeğin daha ileri yöntemlerle incelenmesi konusunda uyarıcı bilgiler verir.^{1,7}

Yenidoğan taramalarının en önemli ve en eski bölümü metabolik hastalıklara yönelik taramalardır.⁴ İlk yenidoğan tarama programı 1962'de tarama kartındaki (Guthrie kartı) kuru kandan bakteriyolojik inhibisyon esasına dayanan yöntemle fenilketonüri hastalığının tespiti ile başlamıştır.⁸⁻¹⁰ Seksenli yıllardan itibaren yeni tarama teknolojilerinin geliştirilmesi ve tedavi edici müdahaleler, yenidoğan taramalarının hızla genişlemesini sağlamış, bu duruma paralel olarak birçok ülke genişletilmiş yenidoğan taraması uygulamalarına geçmiştir. Tandem MS/MS (Tandem Mass Spectrometry) cihazı ile uygulanan genişletilmiş yenidoğan taramasında tek bir kan

Geliş Tarihi/Received: 22-06-2017/ **Kabul Tarihi/Accepted:** 04-10-2017

^a Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik, e-mail: leylaerdim@gmail.com, ORCID: 0000-0002-3260-1770

^b Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik, e-mail: inalsevil@gmail.com, ORCID

0000-0002-7604-8022

Sorumlu yazar /Correspondence: Doç. Dr. sevil İnal, e-mail: inalsevil@gmail.com

örneğinde 35'in üstünde hastalık taranabilmektedir.^{8,9,11}

Yenidoğan tarama programlarının ilk hedefi yüksek oranda görülen doğumsal metabolik hastalıkların erken dönemde tanınması ve müdahale edilmesidir.² Ülkemizde ücretsiz yenidoğan tarama programı kapsamında yer alan hastalıklar fenilketonüri (FKÜ), konjenital hipotroidi, biyotinidaz eksikliği ve kistik fibrozistir.¹¹

Bu makalede, yenidoğan bebekten metabolik tarama testleri için kan örneği alınması ve gönderilmesinde hemşirenin sorumlulukları incelenerek hemşirelerin bu konudaki farkındalıklarının artırılması amaçlanmıştır.

Tarama Testleri için Kan Örneği Alınması

Yenidoğan tarama testlerinin tümünde kan örneği özel tarama kartlarına (Guthrie kartı) alınmaktadır.¹⁰ Metabolik tarama testleri ile hastalığı saptamak amacıyla kan örneği almak için en ideal yöntem topuk kanı alınması ve en uygun zaman doğumdan sonraki 48-72. saattir.¹¹⁻¹²

Her canlı doğan bebekten, hastaneden taburcu olmadan önce yenidoğan tarama testleri için kan örneği alınmalıdır. Böylece bebek bir süre protein ile beslenmiş ve metabolize edemediği madde kanda birikmiş olacaktır.¹⁰ Anne hastaneden erken taburcu olmuşsa, bebekten kan örneği alınması hastaneden çıkış zamanına en yakın sürede olmalı ve test ilk iki hafta içinde tekrar edilmelidir.^{6,10,11} İlk kan örneğinin alınma zamanı hiçbir zaman yaşamın ilk haftasını geçmemelidir. Ev doğumlarında da yaşamın ilk haftası içinde ev ziyareti yapılarak kan örneği alınmalı ve tarama merkezine gönderilmelidir.¹⁰ Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara getirilen her yenidoğanın daha önce hastanede topuk kanı alınıp alınmadığı sorgulanmalıdır. Daha önce kan örneği alındıysa ne zaman alındığı, kan alınmadan önce bebeğin beslenip beslenmediği ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır.¹³ Eğer herhangi bir şüphe varsa kesinlikle yeni bir örnek alınmalıdır.¹⁰ Yatırılarak izlenen hasta bebeklerden kan örneği ilk 48 saat içinde alınmalı, oral beslenmeye geçildikten 48 saat sonra kan örneği tekrarlanmalıdır. Başka bir hastaneye nakledilecek bebeklerde, kan örneği alındığı hastane çıkış özetinde belirtilmeli, nakledilen hastanede önce çıkış özeti kontrol edilmeli, bilgi yoksa mutlaka kan örneği alınmalı, bebek hastaneden taburcu edilirken çıkış özetinde bu durum belirtilmelidir.¹³

Transfüzyon yapılan, parenteral nutrisyon verilen, diyaliz uygulanan, kortikosteroid, anti-biyotik veya dopamin tedavisi alan bebeklerden kan örneği, işlem öncesi alınmalı tarama kartında özel durumlar belirtilmelidir.^{10,14} Prematüre bebeklerde ilk kan örneği doğumdan sonra 48-72. saat civarında alındıktan sonra, bebek hastanede 14 günden uzun süre kalmışsa taburcu olmadan önce, 1 aydan uzun süre kalmış ise 1. ayda yeni bir örnek alınmalıdır. Prematüre bebekler için düzeltilmiş yaş terme ulaştırıldığında test tekrarlanmalıdır.¹¹

Kan Örneği Alınması ve Gönderilmesinde Hemşirenin Sorumlulukları

Yenidoğan tarama testlerinde kan örneği alınması ve gönderilmesinde hemşirenin önemli sorumlulukları vardır.

Bunlar;

- Ebeveynlerin tarama testleri hakkında bilgilendirilmesi,
- Bilgilerin tarama kartına kaydedilmesi,
- Kan örneğinin doğru zamanda ve doğru bir biçimde tarama kartına alınması,
- Tarama kartlarının gönderilmesi (yenidoğan tarama koordinatörü),
- Sonuçların takip edilmesi olarak özetlenebilir.⁴

1-Ebeveynlerin tarama testleri hakkında bilgilendirilmesi:

Tarama testleri hakkında bilinçli karar vermeleri ve sonuçların pozitif çıkması durumunda aşırı psikolojik sıkıntı yaşamalarını önlemek açısından ebeveynlerin bilgilendirilmesi son derece önemlidir.¹⁵ Ebeveynleri bilgilendirmenin zamanlaması ise gebeliğin son üç ayında veya en geç kan örneği alınmasından 24 saat önce olmalıdır.¹⁴ Bu bilgilendirmeyi Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (The American College of Obstetricians and Gynecologists) hamilelik sürecinde başlatılmasını önermektedir.¹⁶ Bilgilendirmek amacıyla ebeveynlere kitapçık verilebilir veya konuyla ilgili eğitim videosu gösterilebilir. Kitapçık bilgileri veya video ebeveynler ile birebir ya da grup halinde tartışılmalıdır. Kitapçığın içeriğinde; taramanın amacı, taranan hastalıklar, testlerin önemi, kişisel bilgilerin alınması, kan örneği alınması, taramadan sonra kan örneğine ne yapıldığı, ebeveynlerin tarama kartlarına erişim hakkı olduğu, sonuçların ne zaman ve nasıl bildirileceği, örnek alınması sırasında annelerin bebeklerini nasıl hazırlamaları gerektiği konusunda öneriler yer almalıdır.^{14,15,17} Eğitimin

içerisinde ebeveynlere bilgilendirilmiş onamdan bahsedilmeli ve imzalı onay alınmalıdır.¹⁵

2-Bilgilerin tarama kartına kaydedilmesi: Anne ve bebekle ilgili bilgiler karta kaydedilirken sadece koyu renk siyah tükenmez kalem (silinmeyen) kullanılmalı, kurşun veya mürekkepli kalem kullanılmamalıdır. Kart örnek alındığı anda doldurulmalı, bilgilerin doğruluğu ise ebeveynle tekrar kontrol edilmelidir. Yazımda büyük harfler kullanılmaya özen gösterilmeli, bilgiler elle ve okunaklı şekilde yazılmalıdır. Karttaki tüm bilgiler eksiksiz doldurulmalı, annenin TC. kimlik numarası ve telefon numaraları iki kez kontrol edilmelidir.^{14,17}

3- Kan örneğinin doğru zamanda ve doğru bir biçimde tarama kartına alınması:

Hazırlık

Kan örneği alınmasında dikkat edilecek noktalar: Tarama kartları kullanımdan önce mutlaka kontrol edilmelidir. Tarama kartları temiz ve kuru bir yerde saklanmalı, güneş ışığından korunmalı, duman veya isli ortamdan uzak (boya, yapıştırıcı, solventler gibi) tutulmalıdır. Örnek alınımından önce ve sonra kan damlatılan bölgeye elle dokunulmamalıdır. Kartın üzerinde çizik veya sıyrık bulunmamalı, güncel olmalı ve kullanımdan önce mutlaka son kullanma tarihi kontrol edilmelidir.^{14,17} İşlem sırasında topuğu delmek için mümkünse otomatik lansetler kullanılmalı, manuel lansetler tercih edilmemelidir. Kan örneği alınmadan önce topuğun temizliğinde alkol kullanılabileceği gibi topuk su ile yıkanabilir. Kan örneği bebek banyo yaptırdıktan sonra alınacaksa herhangi temizleyici ürün kullanmaya gerek yoktur. Bebeğin ayağı dışkı ile kirlenmişse su ile yıkanmalı, çıkmıyorsa parfümsüz sabunla yıkanmalıdır. Çünkü dışkı İmmunoreaktif Tripsinojen (IRT)'den zengindir ve sonucun yanlış çıkmasına neden olabilir.^{14,17-18} Topuğun temizlenmesinde antiseptik solüsyon olarak alkol dışında herhangi bir antiseptik solüsyon kullanılmamalıdır.^{10,11,14,19,20} Kan örneği alınmadan önce topuğa vazelin veya parafin gibi maddeler sürülmemelidir.^{14,17,18} Bebeğin sıcak ve rahat olması sağlanmalı, topuğun sıcak olmasına dikkat edilmelidir.¹⁴ Topuğu ısıtmak için patik kullanılabilir.¹⁷ Kan örneği alınması sırasında bebeğin ağrısını azaltmaya yönelik kanıta dayalı uygulamalardan yararlanılmalıdır. Bebeğin sarmalanmasının (gevşek kundak)²¹ bebeğe dokunulmasının (terapotik dokunma),¹⁴ işlem sırasında bebeğin emzirilmesinin ve oral sukroz

solüsyonu verilmesinin topuk kanı alma sırasında oluşan ağrıyı azalttığı bildirilmektedir.²² Venöz kan veya hematokrit tüpüne alınan kan örneğinin tarama kartına aktarılması, yenidoğan tarama testleri için kan örneği almada kullanılmamalıdır. Çünkü hematokrit tüpünün içindeki pıhtılaşmayı önleyici kimyasallar test sonuçlarını etkileyebilir.^{11,17-18}

Gerekli malzemeler: Kan örneği alınması için, eldiven (pudralı olmamalı), antiseptik solüsyon (alkol), otomatik lanset, steril gazlı bez, tarama formu gereklidir.



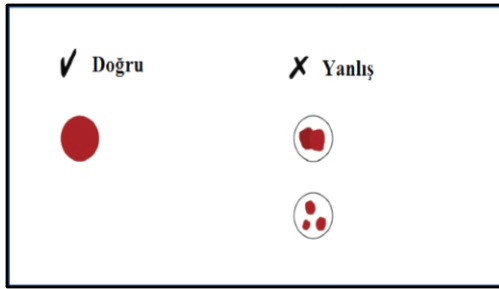
Şekil 1. Yenidoğan tarama testleri için topuk kanı almada uygun bölgeler

Cavanagh C, Coppinger C. Newborn blood spot sampling. Infant 2009; 5:168-71.

İşlem:

- Eller yıkanmalı, eldiven giyilmelidir (evrensel önlem).
- Topuk tamamen kuru olmalıdır.
- Kan akışını kolaylaştırmak için topuk kalp düzeyinden aşağıda tutulmalıdır.
- Topuk 30 saniye süreyle alkol ile temizlenmelidir.
- Fazla alkol steril gazlı bezle silinmeli veya kuruması için beklenmelidir.
- Banyodan sonra kan alınacaksa alkol ile temizliğe gerek yoktur.
- Topuk bölgesi uzunlamasına hayali çizgilerle üç eşit bölgeye ayrılmalı ve kan alımı için ortadaki bölüm dışındaki yan bölümler kullanılmalıdır (Şekil: 1)
- İnsizyon aleti topukta uygun bölgeye yerleştirilmeli ve topuk delinmelidir. Kesinin derinliği term bebekte 2 mm'den, preterm bebekte 1.0 mm'den daha derin olmamalıdır.

- Kanın alkol ile temasını önlemek için ilk damla kan steril gazlı bezle silinmeli, ikinci damla kan karta damlatılmalıdır.
- Tarama kartındaki daireler tamamen doldurulmalı ve kan kartın diğer tarafına geçmelidir. Topuk asla karta değdirilmemelidir.
- Kan akışını hızlandırmak için topuğun sıkılması doku sıvılarının sızmasına neden olacağından önerilmemektedir.
- Önden arkaya doğru sıvazlanarak kanın doğal akışıyla daireleri doldurması sağlanmalıdır.
- Kan kartın tek yüzüne alınmalı ve aynı bölgeye arka arkaya alınmamalıdır.
- Kan alınırken daire tam doldurulamazsa bu kısım yeniden kullanılmamalıdır.
- İkinci kesi gerekirse aynı ayağın başka bölgesi veya diğer ayak kullanılmalıdır.
- Kanın eşit dağılması için kan yeni alındığında tarama kartlarının dik tutulmasından kaçınılmalıdır.
- İşlem sonrası bebeğin ayağı kısa bir süre kalp seviyesinden yukarıda tutulmalı ve kanın alındığı bölgeye steril gazlı bezle hafif basınç uygulanmalıdır.^{2,11,14,17-20}



Şekil 2. Doğru ve yanlış kan örneği

Kaynak: Cavanagh C, Coppinger C. Newborn blood spot sampling. Infant 2009; 5:168-71.

Kan örneklerinin kurutulması

- Kartlar oda ısısında yatay olarak 4 saat kurutulmalıdır.
- Kurutma işlemi sırasında yapay ısıtma yöntemlerinden ve direk güneş ışığından kaçınılmalıdır.
- Kan örneği hazır mama, antiseptikler, losyonlar, su ve idrardan uzak tutulmalıdır.^{11,14,17,18}

4- Tarama kartlarının gönderilmesi

- Tarama kartları kuruduktan sonra bir zarfa konulmalıdır.

- Kartların kan alınan yüzeyleri üstüste gelmeyecek şekilde zarfa yerleştirilmelidir.
- Zarf kapatılırken kartlara basınç uygulanmamalıdır.
- Tarama kartları türlerine göre ayrılmalıdır. Örneğin 48 saatlik örnek, yeni örnek, tekrar örnek gibi ifadelerle örnekler uygun şekilde gruplandırılarak zarflara konulmalı ve üzerine gerekli açıklamalar yazılmalıdır. Ayrı ayrı zarflarda ve zarfın üzerine numune türü yazılarak laboratuvara gönderilmelidir.
- Tarama kartları asla plastik torba içine konulmamalıdır.
- Tarama kartları günlük olarak postaya veya kuryeye verilmelidir.^{13,17,19,20,23}

5- Sonuçların Takip Edilmesi: Hemşire kan sonuçlarının elde edilmesinde genetikçiler, danışmanlar ve aileler arasındaki iletişimi kolaylaştırmalı ve uygun izleme ve yönlendirme konusunda bilgili olmalıdır.⁴ Kan örneğinin doğru alınması, bebeklerde nadir görülen ciddi hastalıkların erken tanınması ve erken tedavisi için fırsat sağlayacaktır. Bilgi eksikliği doğru uygulamayı ve verilecek hizmeti etkileyeceği için hemşirelerin ve ebelerin bu konuda sürekli ve sistemli olarak eğitilmeleri gereklidir. Sonuç olarak hemşirelerin yenidoğanda kan örneği alınması ve gönderilmesinde sorumluluklarını bilmesi, hatalı sonuçlara neden olabilecek uygulamalardan kaçınması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Savaşer S. Yenidoğanın metabolik sorunları. In: Dağoğlu T, Görak G, eds. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. p.437-55.
2. İçke S, Genç RE. Topuk kanı örneği ile yapılan ulusal yenidoğan tarama testleri ve önemi. JPR. <http://cms.galenos.com.tr/FileIssue/16/slider/pdf/JPR-DO%C4%B0-22932.pdf>
3. McCabe LL, McCabe ER. Expanded newborn screening: implications for genomic medicine. Annu Rev Med 2008; 59:163-75.
4. Joseph RA. Expanded newborn screening: Challenges to NICU nurses. Adv Neonatal Care 2017; 17: 1-11.
5. The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses(AWHONN). Newborn Screening. JOGNN 2011;40:136-37.

6. Çapık A, Skar T. Tarama programlarının önemi ve Türkiye’de rutin yenidoğan tarama uygulamaları. In: Genç RE, Özkan H, eds. *Ebeler İçin Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları*.1. Baskı. Elazığ: Anadolu Tıp Kitabevleri; 2016.p.483-95.
7. International Society of Nurses in Genetics [Internet]. Newborn screening: The role of the nurse [cited 2017 April 5]. Available from: http://www.isong.org/pdfs2013/PS_Newborn_Screenings.pdf
8. Dijk FN, McKay K, Barzi F, Gaskin KJ, Fitzgerald DA. Improved survival in cystic fibrosis patients diagnosed by newborn screening compared to a historical cohort from the same centre. *Arch Dis Child* 2011; 96:1118-23.
9. Wilcken B. Screening for disease in the newborn: the evidence base for blood-spot screening. *Pathology* 2012;44:73-9.
10. Demirkol M, Baykal T, Gökçay G. Doğumsal metabolizma hastalıklarına yaklaşım. In: Neyzi O, Ertuğrul T, eds. *Pediyatri*. 4. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010.p.775-85.
11. Uslu HS, Zübarioğlu AU, Bülbül A. Neonatoloji perspektifinden selektif metabolik tarama testleri. *JAREM* 2015;5: 39-46.
12. Pitt JJ. Newborn screening. *Clin Biochem Rev* 2010;31: 57-68.
13. Ulusal Yenidoğan Tarama Programı Yazılımı Kullanım Kılavuzu. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara, 2014.
14. Cavanagh C, Coppinger C. Newborn blood spot sampling. *Infant* 2009; 5:168-71.
15. Tluczek A, De Luca JM. Newborn screening policy and practice issues for nurses. *JOGNN* 2013; 42: 718-29.
16. The American College of Obstetricians and Gynecologists *Woman’s Health Care Physicians. Committee Opinion. Newborn screening and the rol of the Obstetrician-Gynecologist. Committee opinion no.616. Available from: <http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Genetics/co616.pdf?dmc=1&ts=20170424T0009590667>*
17. NSW and ACT Newborn Screening Programme. Sampling Information and Guidelines; 2015. Available from: https://www.schn.health.nsw.gov.au/files/attachments/newborn_screening_guidlines_2015.pdf
18. Guidelines for Newborn Blood Spot Sampling. Public Health England leads the NHS Screening Programmes; 2016. Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/511688/Guidelines_for_Newborn_Blood_Spot_Sampling_January_2016.pdf
19. Yıldız S, Balcı S, Görak G. Guthrie tarama testi için örnek alma uygulamalarının ve test sonuçlarının değerlendirilmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;9:17-28.
20. Yazıcı S, Pek H. Yenidoğan ünitelerinde kapiller kan örneği için topuk bölgesinin kullanımı. *Hemşirelik Bülteni* 1996;10: 85-95.
21. Morrow C, Hidinger A, Wilkinson-Faulk D. Reducing neonatal pain during routine heel lance procedures. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2010; 35: 346-54.
22. Shah PS, Herbozo C, Aliwalas LL, Shah VS. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:12:CD004950.
23. DeLuca J, Zanni KL, Bonhomme N, Kemper AR. Implications of newborn screening for nurses. *J Nurs Scholarsh* 2013;45:25-33.

Şizofreni Hastalığında Umut Kavramı**The Concept of Hope in Schizophrenia Disease**Özlem ŞAHİN ALTUN^a, Zeynep OLCUN^b

ÖZ Şizofreni; düşünce, duygu ve davranışlarda önemli bozulmalara yol açan, bireyi derinden yıkıcı psikopatolojik etkileri olan kronik bir hastalıktır. Şizofreni hastaları hastalığın yol açtığı fizyolojik sorunlarla beraber, hastalığa yönelik toplumdaki yanlış bilgi ve inanışların doğurduğu önyargı, damgalanma ve dışlanma sorunlarıyla da karşı karşıyadır. Tüm bu sorunlar, şizofreni hastalarının geleceğe yönelik pozitif beklenti hislerini azaltarak, umutsuzluğun hastalar arasında yaygın olarak görülmesine neden olmaktadır. Umut, şizofreni hastalarının hastalıkla mücadele etmelerini sağlayan, tedavinin etkinliğini artıran iyileşmenin en önemli belirleyicilerinden birisi olarak kabul edilmektedir. Şizofreni hastalığının tanı, tedavi ve rehabilitasyon aşamalarında en fazla hastaların yanlarında bulunan sağlık profesyoneli hemşirelerdir. Bu nedenle, umudun artırılmasına yönelik girişimlerin hemşireler tarafından iyi bilinmesi gerekmektedir. Bu derlemenin amacı; şizofreni hastalarının umut düzeylerinin belirlenmesi ve artırmaya yönelik girişimlerde bulunulması konusunda hemşirelere yol göstermek ve bu konuda farkındalık oluşturmaktır.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, umut, hemşirelik girişimleri

ABSTRACT Schizophrenia is a chronic disease that has destructive psychopathological effects causing profound impairments in thoughts, feelings and behaviors in individuals. Along with the physiological problems caused by disease, the patients with schizophrenia also faces prejudice, stigmatization and alienation problems caused by misinformation and beliefs in society regarding the disease. All these problems reduce the positive expectations patients with schizophrenia for the future and cause widespread despair among these patients. Hope is considered to be one of the most important determinants of healing that increases the effectiveness of the treatment, enabling patients with schizophrenia to fight against the disease. Nurses are the most prominent health care professionals, which are close the patients in the diagnosis, treatment, and rehabilitation stages of the schizophrenia disease. Therefore, interventions used for increasing hope should be known by nurses well. The aim of this review is to guide nurses to perform interventions to determine and increase the levels of hope of the patients with schizophrenia as well as raising awareness in this regard.

Keywords: Schizophrenia, hope, nursing interventions

Giriş

Şizofreni düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü süregelen ve hastaların önemli bir kısmında işlev kayıplarına yol açan ağır bir ruhsal hastalıktır.^{1,2} Genellikle genç yetişkinlik ve ergenlik döneminde ortaya çıkan bu hastalık, tüm toplumlarda ve sosyal sınıflarda görülmektedir. Hastalığın genel popülasyonda görülme sıklığı yaklaşık %1'dir.³

Şizofreni hem yaygınlığı hem de genç yaşlarda ortaya çıkarak kişinin hayatında yol açtığı kayıplar açısından önemli bir halk sağlığı problemidir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2010 yılında yapılan Global Hastalık Yüklü çalışmasında, en fazla yeti yitimine yol açan ruhsal hastalığın şizofreni olduğu bildirilmiştir.²

Sosyal ve bilişsel yeti yitimleri, hastalarının günlük yaşam aktiviteleri, üretkenlik, motivasyon, baş etme, iletişim becerileri ve topluma uyum gibi alanlarda sorunlar yaşanmasına yol açmaktadır.⁴ Şizofreni hastaları hastalığın yol açtığı bu olumsuzlukların yanı sıra; önyargı, ayrımcılık, damgalanma ve dışlanma gibi toplumsal sorunlarla da mücadele etmek zorunda kalmaktadır.⁵ Şizofreni hastalarının yaşadıkları fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar, yaşam kalitelerinin ve benlik saygılarının azalmasına neden olarak, umutsuzluğa yol açmaktadır.⁶⁻⁸

Umut mental hastalığı olan bireylerin, hastalıklarının üstesinden gelmelerine ve hayatın anlamını keşfetmelerine yardım eder.⁹

Geliş Tarihi/Received:20 -02-2017 **Kabul Tarihi/Accepted:**19- 11- 2017

^a Yrd. Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, e-mail: oz_sahin@mynet.com, ORCID ID: 0000-0001-5800-5099

^b Araştırma Görevlisi, Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, ORCID ID: 0000-0003-3368-4288

Sorumlu yazar /Correspondence: Zeynep OLCUN; Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, e-mail: zeynepolcun6@gmail.com

Özellikle şizofreni hastalarının umutlu olması, başetme becerilerini artırmakta, tedavi ve iyileşme sürecini ise hızlandırmaktadır.^{6,10} Ancak şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalarda, umutsuzluğun en sık karşılaşılan semptomlardan birisi olduğu bildirilmektedir.¹¹ Bu nedenle; tüm sağlık ekibinin ve özellikle hasta bakımında önemli bir rol üstlenen hemşirelerin, umudun artırılmasına yönelik girişimlerde bulunmaları büyük önem taşımaktadır. Hemşirelerin umudu doğru tanımlamaları, hastalıklar karşısındaki işlevini bilmeleri ve artırmaya yönelik girişimlerde bulunmaları hasta memnuniyetini ve bakımın kalitesini yükseltmektedir.¹²⁻¹⁴ Bu derleme ile şizofreni hastalarının umutlarının güçlendirilmesi konusunda hemşirelere yol gösterici olmak ve umut kavramıyla ilgili farkındalığını artırılması amaçlanmıştır.

Umut

Umut, yüzyıllardır toplumlar için merak duyulan bir konu olmuştur. Bu toplumların kültürel özelliklerine göre, geçmişte umut için çeşitli çağrışımlar atfedilmiştir. Örneğin; yunan mitolojisinde Pandora'nın kutusunda bulunan kötülüklerden biri, Yahudi-Hıristiyan geleneğinde ise Tanrı'nın bir erdemi ve ruhani bir armağanı olarak görülmüştür.¹⁵ Umut kavramının kuramsal temeli ise 13.yüzyıla kadar uzanmaktadır.¹⁶ Bu yüzyılda din bilimcisi Aquinas, sonraki yüzyıllarda Hume ve Kant gibi düşünürler umudu, insan doğasında var olan temel duygulardan biri olarak ele almıştır.¹⁷ Günümüzde ise umut, olumlu bir gelecek beklentisi fikriyle özdeşleştirilmektedir.^{18,19}

Umutla ilgili en kapsamlı ve kabul gören görüş, umudun iki boyutta ele alınmasıdır. Bu görüşe göre umudun ilk boyutu; "hedefi elde etme veya hedefi elde edebilmek için kendisinde güç hissetme", ikinci boyutu ise "hedefi elde edebilmek için yollar bulabilme becerisi" olarak tanımlanmaktadır. Kişinin hedefe ulaşmak için yeni yollar araması ve bu hedefe ulaşma yeteneğine olan inancı, karşılaştığı sorunları çözmeye konusunda onu cesaretlendirerek, yaşama daha olumlu bakmasını sağlamaktadır.¹⁶ Bu nedenle umutlu bireyler karşılaştıkları hastalık ve kriz gibi olumsuz durumlar karşısında; yeni tedavi yolları arama, tedaviye uyum gösterme ve etkili baş etme davranışları sergilemektedir.¹⁵

Şizofreni ve umut

Ünlü psikiyatrist Karl Menninger 1959'da yaptığı akademi dersinde umudun klinik

ortamda dikkate alınması gereken önemli bir kavram olduğunun altını çizmiştir.²⁰ Bu tarihten itibaren sağlık odaklı disiplinlerde umut kavramına olan ilgi artmıştır.^{21,22} Yapılan çalışmalarda umudun fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar üzerinde önemli etkileri olduğu ortaya konulmuştur.¹⁴ Schrank ve ark.²³ (2008) umudun hastalıklar karşısında depresyon ve anksiyeteyi azaltıcı, iyilik halini ve başetme becerilerini ise artırıcı bir özelliğe sahip olduğunu bildirmişlerdir. Umutsuzluk ise hastalıkların iyileşme süresini uzatmakta, vücudun savunma mekanizmalarını bozarak beklenmedik ölümlere dahi yol açabilmektedir.¹⁴

Umut şizofreni gibi ruhsal hastalıklarda pozitif baş etme becerilerinin kazanılmasını sağlayan ve iyileşme için gerekli hayati bir bileşendir. Bugünkü psikiyatri literatüründe, umudun mental sağlık uygulamaları ve araştırmalarında hayati bir değişken olması üç önemli nedene bağlanmaktadır. *Birincisi*; hem iyileşme sürecinin tetikleyicisi hem de bu süreci devam ettirici bir faktör olarak umudun, ruhsal bozukluklardan kurtulma kavramının merkezinde yer almasıdır. *İkincisi*; umudun ruhsal hastalıkların tedavisinde daha hızlı iyileşme kavramının merkezinde yer almasıdır. *Üçüncü olarak*; hem hastalar hem de terapistler tarafından psikoterapide anahtar bir faktör olarak sürekli değerlendirilmesi gereken umudun, insan adaptasyonunun ve psikoterapötik değişimin merkezinde olmasıdır.²³

Lysaker ve ark.²⁴ (2005) yaptıkları çalışmada, şizofreni hastalarının umut ve içgörü düzeyleri arasında önemli bir ilişki olduğunu, ayrıca umut ve içgörünün yüksekliğinin hastalığa adaptasyonu kolaylaştırdığını ortaya koymuşlardır. Lysaker ve Salyers²⁵ (2007) şizofreni hastalarında yüksek anksiyetenin yüksek umutsuzluk seviyesi ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Salerno²⁶ (2002) 107 şizofreni hastasıyla yürüttüğü çalışmada, yüksek umut seviyesinin hastalıkla baş etme gücü ve olumlu kendilik algısını artırdığını bildirmiştir. Hofer ve ark.'nın²⁷ (2016) Japonya ve Avusturya'da yaşayan şizofreni hastalarıyla yaptıkları bir kültürel karşılaştırma çalışmasında, her iki kültürde de yüksek umudun, hastaların en önemli sorunlarından birisi olan içselleştirilmiş damgalanma seviyelerini azalttığı bildirilmiştir. Lyu ve Zhang²⁸ (2014) ise yaptıkları çalışmada, umut düzeyi düşük olan şizofreni hastalarının, daha fazla intihara teşebbüs ettiklerini belirtmişlerdir. Vrbova ve ark.²⁹ (2017) şizofreni hastalarıyla yaptıkları bir kesitsel araştırma

çalışmasında, umudun hastaların yaşam kalitesinin belirleyicilerinden birisi olduğunu ortaya koymuşlardır.

Literatür incelendiğinde ülkemizde de şizofreni hastalığında umut konusunun ele alındığı çeşitli araştırmalara rastlanmıştır. Yıldırım³⁰ (2009) 180 şizofreni hastasıyla yürüttüğü çalışmasında, hastaların umut düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığını bildirmiştir. Coşkun ve Şahin Altun³¹ (2017)'un çalışmasında, şizofreni hastalarının umut düzeylerinin, fonksiyonel iyileşme düzeyleri üzerinde belirleyici olduğu belirtilmiştir. Öztürk³² (2012) intihar girişimi olan şizofreni hastalarının, umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğunu saptamıştır. Değer³³ (2012) travma öyküsü bulunan şizofreni hastalarının umutsuzluk ile intihar düşüncelerinin yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Olçun ve Şahin Altun³⁴ (2017)'un yaptığı çalışmada ise, şizofreni hastalarında yüksek umudun, içselleştirilmiş damgalanma düzeyini azalttığı, damgalanmaya karşı direnci ise artırdığı bulunmuştur.

Umut gelişimi destekleyen ve hastalıklarla başa çıkmayı sağlayan önemli bir unsur olmasına rağmen, mental sağlık problemleri olan kişilerde diğer hastalıklara kıyasla daha az dikkat edilen bir kavramdır.^{35,36} Barut ve ark.³⁷ (2016) şizofreni gibi ruhsal hastalıklarda umudun rolünü inceleyen araştırmaların literatürde yeterli düzeyde olmadığını belirtmiştir. Şizofreni hastalığında umudu ele alan sınırlı sayıda çalışmada ise, genellikle deneysel olmayan araştırma tasarımlarının kullanıldığı, randomize kontrollü çalışmalara gereksinim olduğu bildirilmektedir.^{12,35-37} Uluslararası çalışmalar incelendiğinde, özellikle hemşirelik biliminde yürütülen umut konulu çalışmaların, çoğunlukla kanser hastalarına odaklandığı görülmektedir.^{38,39} Ülkemizde de umut genellikle kanser hastalığıyla beraber ele alınmıştır.⁴⁰⁻⁴² Bu nedenle psikiyatrik rehabilitasyonda umudu ve artırma yöntemlerini ele alan özellikle randomize kontrollü çalışmalara gereksinim vardır.¹²

Umudu artırma stratejileri ve hemşirelik girişimleri

Umut kavramına yönelik sağlık ekibinin farkındalığının artırılması, hastada destekleyici bir iç güç olan umudun harekete geçirilmesini sağlayarak, zorlu durumlar karşısında baş etme stratejilerini artıracaktır.^{43,44} NANDA tarafından 1986'da bir hemşirelik tanısı olarak kabul

edilen umutsuzluk; bireyin sınırlı ya da hiç alternatif görmediği, kişisel seçenekler bulamadığı ve kendi yararı için enerji sarf edemediği bir durum olarak tanımlanmaktadır.¹⁴ Şizofreni hastalığının tanı, tedavi ve rehabilitasyon aşamalarında en fazla hastaların yanlarında bulunan sağlık profesyoneli olan hemşirelerin, umudu tanımlamaları, artırmaya yönelik faktörleri ve stratejileri bilmeleri şizofreni tedavisinde büyük önem taşımaktadır.^{12,14} Umudu artırma stratejilerinin tartışılabilmesi için hastaların umutlu olmalarının önündeki iç ve dış engellerin hemşireler tarafından iyi değerlendirilmesi gereklidir.

➤ İçsel engeller, hastanın kişisel özellikleri ve hastalığa bağlı sorunlar nedeniyle ortaya çıkar. Bu engeller: hastalığın kronik olması, zorlu tedavi süreci, nökslerle devam etmesi, işlevsellikte azalma, yeti yitimleri, kişiler arası ilişkileri sürdürmedeki güçlükler ve baş etme sorunları olarak sıralanabilir.

➤ Dışsal engeller, hasta bireye toplum ve sağlık profesyonellerince uygulanan olumsuz yaklaşımlardan oluşur. Bu engeller: toplum ve sağlık çalışanlarının hastalara karşı sergiledikleri ayrımcı, dışlayıcı ve damgalayıcı davranışlardan oluşmaktadır. Hastaların dinlenilmesi, nazik ve saygılı bir şekilde davranılması, mevzuat tarafından kendilerine sunulan haklardan mahrum bırakılmaları umudu azaltıcı dışsal faktörlerdir.⁴⁵

Umut güçlendirmeye yönelik, hemşirelerin dikkat etmesi gereken faktörler 3 başlık altında incelenmektedir.

1. *Hemşirelerin şizofreni hastalarıyla iletişim kurarken dikkat etmesi gereken faktörler;* orada olmak, cesaretlendirmek, desteklemek, nazik davranmak ve dürüst olmaktır.

2. *Hemşirelerin hastaların günlük hayatta başarılı olmaları için onları desteklemesi gereken faktörler;* gerçekçi hedefler belirleme, günlük görevleri yerine getirme, kendisiyle ilgili yaptığı olumsuz tanımlamaları değiştirme ve çalışma yaşamındaki hedeflere ulaşması konusunda yardımcı olmaktır.

3. *Hemşirelerin hastalığın yönetimi ve kontrol altına alınması konusunda özen göstermeleri gereken faktörler;* tedaviye uyum, holistik bakım, semptom kontrolü ve alevlenmelerin öncü belirtilerini tanımaktır.¹² Umudun aşılmasına yönelik hemşirelerin uygulayabileceği girişimler ise beş başlık altında toplanmaktadır. Bunlar:

➤ İlişkileri geliştirmek

- Başarıyı kolaylaştırmak
- Başarılı rol modellerle bağlantı kurmak
- Hastalığı yönetmek
- Toplumu ve hastaları eğitmektir.

İlişkileri geliştirmek: Umudun artırılmasında sağlık profesyonelleri ve hastalar arasında kurulan ilişki önemli bir etkiye sahiptir. Hemşirelerin hastalara zaman ayırmaları, onları dinlemeleri ve sorularına açıklayıcı cevaplar vermeleri hastalara değer verildiğini göstermesi açısından önemlidir. Hastayla kurulan terapötik ilişkinin geliştirilmesi, onun bir birey olarak kabul edilmesi ve bakış açısını anlamak için gereklidir. Hemşirelerin hastalarla kuracakları sağlıklı ve güven ilişkilerine dayanan terapötik bir iletişim hastaların umutlarının artmasını sağlamaktadır.^{42,45}

Başarıyı kolaylaştırmak: Başarı deneyimine sahip olmak umudu artırıcı bir strateji olarak görev yapmaktadır. Hedefler belirleme, bu hedefe götürecek yolları seçme ve hedeflere ulaşmak bu girişimin önemli bir bileşenidir. Hastalar kendilerini başarılı hissettiklerinde, kendi yaşamlarına yönelik kontrolleri artmakta ve benlik saygıları yükselmektedir. Bu nedenle hemşireler amaçlar belirleme ve bunlara ulaşmak konusunda hastaları desteklemelidir.⁴⁵

Rol modellerle bağlantı kurmak: Bu strateji hastaları şizofreni ile mücadelede başarılı olan başka bir hastayla bir araya getirmeyi içerir. Hastalar kendileriyle benzer durumları deneyimleyen farklı bireylerle karşılaşınca, yaşadıkları sorunların sadece kendilerine özgü olmadığını anlarlar ve yalnız olmadıklarını hissederler.

Hastalığı yönetmek: Şizofreni hastalarının ilaçlarını düzenli kullanmaları, kontrollerini aksatmamaları, hastalığın alevlenme dönemlerinin öncü belirtilerini bilmeleri, baş etme becerilerini öğrenmeleri ve uygulamaları hastalığın yol açtığı olumsuzlukları azalttığından, umudu geliştirir. Hastalığı yönetmeyen şizofreni hastaları arasında depresyon ve umutsuzluk sık karşılaşılan sorunlardır. Hemşireler hastalığı yönetme konusunda hastalara yardımcı olmalıdır.⁴⁵

Toplumu ve hastaları eğitmek: Şizofreni hastalığı konusunda hastaları ve toplumu eğitmek hemşirelerin görevidir. Hemşireler hastalık süreci, özellikleri, yol açtığı sorunlar ve baş etme stratejileri konusunda hastaları eğitmelidirler. Topluma ruhsal hastalıklarla ilgili bilginin geliştirilmesi ve hastalara yönelik negatif tutumların azaltılmasına yönelik yapılandırılmış eğitimler verilmesi hemşirelerin

sorumluluğudur. Hemşireler bu amaçla okul ve işyeri gibi toplu alanlarda eğitim vererek toplumsal değişime katkı sağlayabilirler.^{42,45}

Hemşireler, umut aşılama yönelik bu girişimleriyle şizofreni hastalarının yaşamlarında pozitif değişiklikler oluşmasında ve geleceklerine dair olumlu beklentiler geliştirmelerinde önemli bir rolü üstlenmektedir.^{12,14}

Sonuç

Umut mental hastalığı olan bireylerin, hastalıklarının üstesinden gelmelerine ve hayatın anlamını keşfetmelerine yardım eder. Yapılan araştırmalar da şizofreni hastalığının tedavisinde umudun önemli bir bileşen olduğu vurgulanmasına rağmen, literatürde bu konunun ele alındığı çalışmalar oldukça sınırlıdır. Özellikle hemşirelik biliminde yürütülen umut konulu çalışmalar, çoğunlukla kanser hastalarına odaklanmıştır. Bu nedenle özellikle hemşirelik bağlamında umudu ve artırma yöntemlerini ele alan çalışmalara gereksinim vardır. Şizofreni hastalığının tanı, tedavi ve rehabilitasyon aşamalarında en fazla hastaların yanlarında bulunan sağlık profesyoneli olan hemşirelerin, umudu tanımlamaları ve artırmaya yönelik uygun girişimlerde bulunmaları, şizofreni tedavisinde fark yaratabilir.

Kaynaklar

1. Aghevli MA, Blanchard JJ, Horan WP. The expression and experience of emotion in schizophrenia: a study of social interactions. *Psychiatry Res.* 2003;119(3):261-270.
2. Öztürk O, Uluşahin N. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2015. p.189-261.
3. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar, 4. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. p.325-375.
4. Lysaker PH, Clements CA, Wright DE, Evans J, Marks KA. Neurocognitive correlates of helplessness, hopelessness, and well-being in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 2001;189(7):457-462.
5. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G, GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries. *Schizophrenia Research.* 2010;122(1):232-238.
6. Noh C, Choe K, Yang B. Hope from the perspective of people with schizophrenia

- (Korea). Archives of Psychiatric Nursing. 2008;22(2):69-77.
7. Lysaker PH, Vohs JL, Tsai J. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. Schizophrenia Research. 2009;110(1):165-172.
 8. Mashiach-Eizenberg M, Hasson-Ohayon I, Yanos, PT, Lysaker PH, Roe D. Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: the mediating roles of self-esteem and hope. Psychiatry Research. 2013;208(1):15-20.
 9. Fitzgerald R. The sources of hope. New York: Pergamon; 1979. p.224-254.
 10. Corrigan PW, McCracken SG, Holmes EP. Motivational interviews as goal assessment for persons with psychiatric disability. Community Mental Health Journal. 2001;37(2): 113-122.
 11. White RG, McCleery M, Gumley AI, Mulholland C. Hopelessness in schizophrenia: the impact of symptoms and beliefs about illness. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2007;195(12):968-975.
 12. Kylma J, Juvakka T, Nikkonen M, Korhonen T, Isohanni M. Hope and schizophrenia: an integrative review. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2006;13:651-664.
 13. Moore SL. Hope makes a difference. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2005;12(1):100-105.
 14. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar, 2. Baskı. Ankara: Mattek Matbaacılık Basımevi; 2010. p.189-224.
 15. Schrank B, Hayward M, Stanghellini G, Davidson L. Hope in psychiatry. Advances in Psychiatric Treatment. 2011;17(3):227-235.
 16. Snyder CR, Crowson JJ. Hope and coping with cancer by collage women. J Pers. 1998;66(2):195-214.
 17. Akman Y, Korkut F. Umut ölçeği üzerine bir araştırma. Eğitim Fakültesi Dergisi. 1993;9(2):193-203.
 18. Landeen J, Pawlick J, Woodside H, Kirkpatrick H, Byrne C. Hope, quality of life, and symptom severity in individuals with schizophrenia. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2000;23(4):364-369.
 19. Miller J, Powers M. Development of an instrument to measure hope. Nursing Research. 1988;37:6-10.
 20. Menninger K. The academic lecture: Hope. American Journal of Psychiatry, 1959;116(6):481-491.
 21. Gelling L, Fitzgerald MA, Blight I. Hope in the ICU: A qualitative study exploring nurses' experiences of the concept of hope. Nursing in Critical Care. 2002;7(6):271-277.
 22. Heszen-Niejodek I, Gottschalk LA, Januszek M. Anxiety and hope during the course of three different medical illnesses: A longitudinal study. Psychotherapy and Psychosomatics. 1999;68(6):304-312.
 23. Schrank B, Stanghellini G, Slade M. Hope in psychiatry: a review of the literature. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2008;118(6):421-433.
 24. Lysaker PH, Campbell K, Johannesen JK. Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders. Journal of Nervous and Mental Disease. 2005;193(5):287-292.
 25. Lysaker PH, Salyers MP. Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2007;116(4):290-298.
 26. Salerno EM. Hope, power and perception of self in individuals recovering from schizophrenia: a Rogerian perspective. Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science. 2002;10(1):23-36.
 27. Hofer A, Mizuno Y, Frajo-Apor B, Kemmler G, Suzuki T, Pardeller S, et al. Resilience, internalized stigma, self-esteem, and hopelessness among people with schizophrenia: Cultural comparison in Austria and Japan. Schizophrenia Research. 2016;171(1):86-91.
 28. Lyu J, Zhang J. Characteristics of schizophrenia suicides compared with suicides by other diagnosed psychiatric disorders and those without a psychiatric disorder. Schizophrenia Research. 2014;155(1):59-65.
 29. Vrbova K, Prasko J, Ociskova M, Kamaradova D, Marackova M, Holubova M, et al. Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. Neuropsychiatric disease and treatment. 2017;13(1):567-575.
 30. Yıldırım DL. Şizofren hastaların umut düzeyinin yaşam kalitesine etkisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

- Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
31. Coşkun E, Altun ÖŞ. The Relationship between the hope levels of patients with schizophrenia and functional recovery. Archives of psychiatric nursing. 2017, Baskıda.
 32. Öztürk HM. Şizofreni hastalarında intihar girişiminin pozitif ve negatif semptomlar, depresyon, umutsuzluk, içgörü ve bilişsel işlevlerle ilişkisi. Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2012.
 33. Değer ÖD. Şizofrenide travma öyküsünün anksiyete semptomları, umutsuzluk ve intihar düşüncesi ile ilişkisi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2012.
 34. Olçun Z. Altun ÖŞ. The correlation between schizophrenic patients' level of internalized stigma and their level of hope. Archives of psychiatric nursing. 2017;31(4):332-337.
 35. Vaillot MC. Living and dying. Hope: the restoration of being. The American Journal of Nursing. 1970;70(2):268-273.
 36. Korner IN. Hope as a method of coping. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1970;34(2):134-139.
 37. Barut JK, Dietrich MS, Zaroni PA, Ridner SH. Sense of belonging and hope in the lives of persons with schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing. 2016;30(2):178-184.
 38. Lee EH. Fatigue and hope: relationships to psychosocial adjustment in Korean women with breast cancer. Applied Nursing Research. 2001;14(2):87-93.
 39. Lai YH, Chang JTC, Keefe FJ, Chiou CF, Chen SC, Feng SC, et al. Symptom distress, catastrophic thinking, and hope in nasopharyngeal carcinoma patients. Cancer Nursing, 2003;26(6):485-493.
 40. Kelleci M. Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005;6(1):41-47.
 41. Kavradım ST, Özer ZC. Kanser tanısı alan hastalarda umut. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6(2):154-164.
 42. Aslan Ö, Sekmen K, Kömürcü Ş, Özet A. Kanserli hastalarda umut. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007;11(2):18-24.
 43. Duggleby W. Hope at the end of life. J Hosp Palliat Nurs. 2001;3(2):51-64.
 44. Cutcliffe J, Herth, K. The concept of hope in nursing 2: hope and mental health nursing. British Journal of Nursing. 2002;11(13):885-893.
 45. Kirkpatrick H, Landeen J, Byrne C, Woodside H, Pawlick J, Bernardo A. Hope and schizophrenia: clinicians identify hope-instilling strategies. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 1995;33(6):15-19.

Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıtı Dayalı Ebelik Uygulamaları

Evidence-Based Midwifery Practices to Reduce Cesarean Rate

Yasemin BAŞKAYA^a, Fatma Deniz SAYINER^b

ÖZET Sezaryen doğum oranları, riskli durumlarda anne ve bebek mortalite/morbiditesini azaltmayı hedefleyerek özellikle son yirmi yıldır giderek artmıştır. Yüksek maternal ve neonatal komplikasyon oranına neden olan ve sağlık harcamalarını ekonomik yönden arttıran sezaryen doğum oranları günümüzde tüm dünya için endişe verici hale gelmiştir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü ülkeleri arasında en yüksek sezaryen doğum oranına sahip ülke olan Türkiye’de her 100 canlı doğumun 50,4’ü sezaryen ile gerçekleştirilmektedir. Sağlık Bakanlığı ve uzmanlar tarafından yürütülen sezaryen oranlarını düşürmeye yönelik çalışmalar sağlık çalışanlarının ve özellikle ebelerin işbirliğinin önemi üzerinde durmaktadır. Ebelerin yapacakları psikososyal, klinik ve yapısal uygulamalar ile multidisipliner çalışılması gereken bu amaca katkı sağlayacaklardır. Bu makalenin amacı dünyada ve ülkemizde sezaryen yaygınlığını azaltmaya yönelik yapılabilecek kanıtı dayalı ebelik uygulamalarını literatür doğrultusunda tartışmaktır.

Anahtar Kelimeler: Kanıtı dayalı uygulamalar, ebelik, sezaryen

ABSTRACT Cesarean birth rates have increased steadily over the past two decades, with the aim of reducing maternal and infant mortality / morbidity in risky situations. Cesarean birth rates, which cause high maternal and neonatal complication rates and increase health expenditures economically, have become worrying for the whole world today. In Turkey, the country with the highest cesarean birth rate among Organization for Economic Cooperation and Development countries, 50.4 of every 100 live births are performed with cesarean section. Efforts to reduce cesarean rates conducted by the Ministry of Health and authorities emphasizes the importance of cooperation of midwives. Midwives will contribute to this common purpose, which requires multidisciplinary study with psychosocial, clinical and structural applications. The purpose of this article is to discuss in the light of the literature the evidence-based midwifery practices that can be done to reduce cesarean rates in the world and in our country.

Keywords: Evidence-based practice, midwifery, cesarean section

GİRİŞ

Sezaryen operasyonu, tıp tarihinde en eski operasyonlardan biri olup yüzyıllar boyunca yapılagelmiştir.¹ Sezaryenin ortaya çıkışında öncelikli amaç, anneden ziyade bebeği kurtarmaktı çünkü operasyon sonrasında annenin yaşama şansı yok denecek kadar azdı. Son yüzyılda enfeksiyonun kontrolü ve sütür başarısı gibi nedenlerle başarılı sezaryenler artmıştır. Önceleri hayat kurtarmak amacıyla nadiren başvuru olan sezaryenle doğum son yıllarda tüm dünyada artış göstermektedir. Bu artışın nedenleri arasında; ilk gebelik yaşının ileri olması, paritenin azalması, ultrasonografi ve fetal monitorizasyonun yaygın olarak kullanılması, eski sezaryen sayısında artış, yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanılması gibi nedenler vardır. Ayrıca normal vajinal doğumun uzun ve

ağrılı olması, anne adaylarının oluşabilecek sorunlar nedeni ile normal doğumdan korkması isteğe bağlı yapılan sezaryenin daha kolay bir yöntem olarak görülmesidir.^{2,3}

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tüm doğumların yalnızca %10-15’inin sezaryen olmasını önermektedir. Tıbbi endikasyon olduğu durumlarda sezaryen, anne ve bebek ölümlerinin azaltmasında etkilidir. Fakat sezaryen prevalansı, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin çoğunda önerilen seviyenin üzerindedir ve yıllar içinde artan bir eğilim göstermektedir.^{2,4} DSÖ verilerine göre Kanada’da sezaryen oranı 1995’de %17,5 iken 2003 yılında %23,7’ye yükselmiştir.⁵ TNSA 2013 verilerine göre son beş yılda meydana gelen tüm doğumların %48,1’i sezaryen ile yapılmıştır. Sezaryen doğumlar,

Geliş Tarihi/Received:27-08-2017 / **Kabul Tarihi/Accepted:**05-11-2017

^aArş. Gör., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Sakarya, yaseminhamlaci@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1533-8667

^bDoç. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, denizsayiner@gmail.com, ORCID: 0000-0001-9287-989X

Sorumlu yazar /Correspondence Arş. Gör. Yasemin BAŞKAYA, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Sakarya, yaseminhamlaci@gmail.com

TNSA 2008'e (%37) göre büyük ölçüde yükselmiştir. Aynı zamanda ilk doğumların yüzde 52'si sezaryen ile yapılmıştır. Sezaryen ile yapılan doğumlar, Doğu bölgesi (%32) hariç tüm bölgelerde %50 ve üzeridir.⁶ Türkiye, Sağlık Bakanlığı ve İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatının (OECD) verilerine göre, dünyada en fazla sezaryenle doğum yapılan ülkeler sıralamasında ilk sırada yer almaktadır. 2016 yılında Türkiye'de dünyaya gelen bebek sayısı 1.248.041'dir ve bu bebeklerin 676.152'si (%54.17) sezaryenle dünyaya gelmiştir.⁷

Günümüzde, güvenli uygulanan bir cerrahi işlem olmasına rağmen, majör bir girişim olduğu için sezaryenle doğum bazı komplikasyonları da beraberinde getirmektedir. Sezaryen doğum yapan kadınlar vajinal doğum yapan kadınlarla karşılaştırıldığında daha büyük riskler taşımaktadır. Sezaryen sırasında ve sonrasında karşılaşılan maternal komplikasyonlar; enfeksiyon, anestezi riskleri, hemoraji, komşu organ yaralanmaları, emboli vb.dir. Sezaryen sonrası en sık görülen komplikasyonlardan biri sepsistir ve sezaryen sonrası kanama, enfeksiyon gibi komplikasyonlar nedeniyle anne ölüm oranlarında artış görülmektedir.⁸ Özellikle tekrarlayan sezaryenlerde kadınların sonraki gebeliklerinde plasenta previa, plasentanın morbid yapışıklığı ve plasentanın anormal yerleşmesi gibi ciddi plasental anomalilerin görülme olasılığı daha yüksektir.⁹ Ayrıca vajinal doğuma kıyaslandığında sezaryen doğum sonrası hastanede kalma süresi yaklaşık 3 kat daha uzundur. Sezaryen sırasında ve sonrasında karşılaşılan yenidoğana yönelik komplikasyonlar ise; neonatal morbidite, bebekte yaralanma, neonatal respiratuar distres sendromu şeklinde özetlenebilir. Ayrıca, sezaryen doğum sonrası annenin anesteziden uyanması, ağrılarının fazla olması, abdomende insizyon bulunması gibi nedenlerle anne bebek ilişkisi olumsuz etkilenmekte ve annelerin bebeklerini erken emzirme oranları düşmektedir.¹⁰ Yenidoğanın barsak gelişimi doğum şekli ve ilk günlerdeki beslenme şeklinden etkilenmektedir. Doğumda yenidoğan barsağı bakterileri içeren çevre ile temasla kolonize olur. Vajinal yolla doğan bebekler erkenden kolonize olurken sezaryenle doğan bebeklerde gaitada bakteri sayısı ve bifidobakteri içeriği birinci ayda bile vajinal doğum ile doğanlardan daha az bulunmaktadır.¹¹

Yüksek maternal ve neonatal komplikasyon oranına neden olan ve sağlık harcamalarını ekonomik yönden arttıran sezaryen doğum oranları günümüzde tüm dünyanın sorunu

haline gelmiştir. Sezaryen oranlarının azaltılması için sağlık çalışanlarına büyük görev düşmektedir. Doğumhane ve birinci basamakta gebelerle birebir temas kurmakta olan ebelerle daha büyük görevler düşmektedir. Sezaryen doğum oranlarının düşürülmesinde ebelik uygulamalarını psikososyal, klinik ve yapısal uygulamalar olarak üç ana başlık altında toplayabiliriz.

Sezaryen Oranlarının Düşürülmesinde Ebelik Uygulamaları

Psikososyal Uygulamalar

Sezaryen doğum oranının artma nedenlerinin başında kadının vajinal doğumdan korkması nedeniyle isteğe bağlı sezaryen yapılması gelmektedir. Kadınların normal vajinal doğum korkusu bebeğin ölmesi veya zarar görmesi, doğum yapabilecek yetenekte olmadığını düşünme, ağrı yaşama, doğum personeline güvenmeme, ölüm, epizyotomi, fazla kanama, doğum boyunca yalnız olma, doğumun nasıl olacağını bilmeme gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır.¹²⁻¹⁴ Duran ve Atan'ın¹⁵ 2011 yılında yapmış oldukları kalitatif bir çalışmada kadınlar “-normal doğumun ağrısı fazla, sezaryen daha iyi, acı hissedilmediği için, param olsa sezaryen olurum, hem bebek hem de anne daha az zarar görüyor, daha rahat” demişlerdir. Sezaryen ve normal doğuma yönelik bilgi eksikliği ve yanlış inançların korkuya neden olduğu ve bunun sezaryen isteğine yol açtığı görülmüştür. Kadının doğum deneyimini olumlu yaşayabilmesi için ağrı, gerginlik ve korku döngüsünün kırılması önemlidir. Bu döngünün kırılması için doğum öncesi ve doğum sırasında verilecek olan ebelik bakımı ve desteği doğumda önem kazanmaktadır. Psikososyal ebelik uygulamaları; doğum öncesi, doğum veya doğum sonrası dönemde kadının psikolojik refahına odaklanarak sezaryen oranına değinmektedir. Bu psikososyal uygulamalar, gebelik ve doğumun psikolojik yönlerini sosyal destek ve eğitim yoluyla ele alarak sezaryen oranını azaltmaya çalışmaktadır.

Antenatal dönemde verilen doğuma hazırlık eğitimi kadınların doğuma yönelik bilgilerini arttırarak doğum korkularını azaltmaktadır. 2008 yılında yapılan bir çalışmada; orta gelirli çiftlere verilen doğum desteğinin, sezaryen doğum oranını ve epidural analjezili doğum oranını azalttığı görülmüştür.¹⁶ 2016 yılında yayınlanan bir çalışmaya göre; doğuma hazırlık sınıflarına katılma durumları kadınların doğum şekli tercihlerini etkilemektedir. Bu

yüzden gebelerin doğuma hazırlık sınıflarına katılmaları ve ya doğum konusunda danışmanlık almaları önerilmektedir.¹⁷

Antenatal eğitimin doğumda kendine güven ve ağrıyla baş etmeye etkisini araştıran çalışmalar kadınların doğum sürecine uyum sağlamasıyla sezaryen olasılığının da azaldığını göstermektedir. Ip ve arkadaşları 2009 yılında yayınladıkları çalışmada, eğitim alan kadınların doğuma yönelik öz-yeterliliklerinin arttığı ve doğum ile daha iyi baş ettiklerini saptamıştır.¹⁸

Klinik Uygulamalar

Klinik uygulamaları; ebe yönetimindeki doğumlar, mobilizasyon ve pozisyon, doğumhaneye geç kabul, distosinin tanılanması, sürekli intrapartum destek, partograf kullanımı ve sezaryen sonrası vajinal doğum konularında özetleyebiliriz.

Ebe yönetimindeki doğumlar

Yirmi yıl öncesine kadar doğumlar ebe yönetiminde oluyorken, ebelerin doğumlardan çekilmesiyle doğumlar daha medikalize olmuş ve sezaryen oranları artmıştır. İyi yetişmiş bir ebe, gebe takipleri sırasında sorunlu gebelikleri tespit ederek, risk taşımayan gebelerin doğumunu gerçekleştirebilir. Sandall ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları Cochrane çalışmasında, kadınların ebe yönetiminde verilen sağlık hizmeti ve bakımdan daha memnun kaldıkları bildirilmiştir. Çalışma sonucunda, sezaryen vakalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamasına rağmen doğumda epizyotomi, bölgesel anestezi ve müdahaleli doğumların daha az olduğu, spontan vajinal doğumların daha fazla olduğu bulunmuştur.¹⁹

Mobilizasyon ve pozisyon

Tarih boyunca doğumda kadınların hareket etme özgürlüğü olmuş özellikle dik pozisyonlardan yararlanılmış ve yatış pozisyonları tercih edilmemiştir. Günümüzde ise, kadının elektronik fetal monitörizasyona bağlı kalarak fetüsün takibinin kolaylaştırılması, intravenöz tedaviler, perineal bölgesine müdahalelerin yapılması gibi medikal nedenlerle yatış pozisyonları daha fazla tercih edilmektedir. Yerçekimi etkisinin fazla olduğu dik pozisyonlar ise kadının sırt ağrısını hafifletip, fetüsün rotasyon ve inişi kolaylaştırarak travay süresini kısaltmaktadır. Ayrıca fetal kalp atımındaki yavaşlamaları azaltıp, kontraksiyonların etkinliğini artırır bu sayede de sezaryen olasılığını düşürmektedir. 2013 yılında yayınlanan Cochrane sistematik incelemesinde,

doğum eyleminin ilk evresinde yürüyüş, ayakta durma ve dik pozisyonlar desteklendiğinde yatar pozisyonlara kıyasla, kadınların doğum süresini ortalama 1 saat 20 dakika kısalttığı, sezaryen ve epidural gereksinimini azalttığı belirtilmiştir.²⁰

Doğumhaneye geç kabul

Yayınlanan bir sistematik analiz çalışmasında (2009), doğumhaneye geç kabulde doğum salonunda bekleme süresinin kıaldığı, gebelerin kontrol duygusunu daha fazla hissettiği, intrapartum analjezi ve oksitosin gereksiniminin daha az olduğu belirtilmiştir. Ancak aynı çalışmada sezaryen oranları ile maternal ve fetal diğer sonuçlara ilişkin yeterli kanıt olmadığı bildirilmiştir.²¹ Kauffman ve arkadaşlarının çalışmasına göre (2016); servikal dilatasyonun 4 cm'den daha düşük olduğu gebelerin doğumhaneye kabulünde medikal müdahale ve sezaryen oranı artmaktadır.²² Ülkemizde doğumhaneye yatış kararını ebe veremiyor olsa da, sezaryen oranlarının azaltılmasında bu konunun önemini göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

Distosinin tanılanması

Özellikle erken dönemde hastaneye kabul edilen gebeler sezaryen için risk altındadır. Müdahalelerin birçoğu bu aşamada gerçekleşir bu yüzden çoğu gebe, hekim ve ebe distosinin tanılanması için "daha fazla zaman" ihtiyacını savunmaktadır. Uzmanlar sezaryenin artmasına neden olan uzamış eylem ya da distosi tanılanması için daha katı kriterlere ihtiyacın olduğunu belirtmişlerdir.²³ Aktif fazda yeterli uterusün kontraksiyonlara rağmen iki saat içinde servikal değişikliğin olmamasıyla tanımlanan aktif fazda tıkanma ile ilgili Kaliforniya'da 2008 yılında yapılan retrospektif kohort çalışmasında distosi tanıldıktan sonra olan vajinal doğum ve distosi tanılanmaksızın olan vajinal ya da sezaryen doğum sonuçları karşılaştırıldığında iki saatten daha uzun süre beklemenin yenidoğan riskini arttırmadan sezaryen doğum ile ilişkili maternal riskleri azaltabileceğini düşündürmektedir.²⁴ Güvenli Doğum Konsorsiyumu vajinal yolla ilerlemeye devam eden kadınlarda 4 ile 5 cm'lik dilatasyonun ilerlemesinin 6 saatten uzun sürebileceğini ve 5 ile 6 cm'nin ilerlemesinin 3 saati geçebileceğini buldular. Dolayısıyla belki de "aktif fazı" klinik olarak uygulanan 4 cm yerine 6 cm'den başlatmak daha iyi olarak nitelendirilebilir.²³

Tablo 1. Doğumun Birinci Evresinde Primer Sezaryen Doğumu Önlemede Öneriler ve Kalite Düzeyleri ²⁵

Doğumun birinci evresi	
Öneri	Öneri düzeyi
Uzun süren latent faz (örn. Nullipar kadınlarda > 20 saat ve multipar kadınlarda > 14 saat) sezaryen doğum için endikasyon olmamalıdır.	1B Güçlü öneri, orta kalitede kanıt düzeyi
Doğumun ilk aşamasında yavaş ama ilerleyen doğum, sezaryen doğum için endikasyon olmamalıdır.	1B Güçlü öneri, orta kalitede kanıt düzeyi
Servikal dilatasyonun 6 cm olması çoğu kadının aktif faza geçtiğinin eşik değeri olarak kabul edilmelidir. Bu nedenle, 6 cm'lik açılma olmadan önce, aktif faz ilerleme standartları uygulanmamalıdır.	1B Güçlü öneri, orta kalitede kanıt düzeyi
Aktif fazda duran doğumlar için sezaryen doğum, 4 saatlik yeterli uterin aktiviteye rağmen ilerleme olmayan membranları rüptüre olmuş 6 cm açılması olan veya en az 6 saatlik oksitosin uygulamasına rağmen yetersiz uterus aktivitesi ve servikal değişiklik olmayan kadınlar için düşünülmelidir.	1B Güçlü öneri, orta kalitede kanıt düzeyi

Tablo 2. Doğumun İkinci Evresinde Primer Sezaryen Doğumu Önlemede Öneriler ve Kalite Düzeyleri ²⁵

Doğumun ikinci evresi	
Öneri	Öneri düzeyi
Doğumun ikinci evresinde belirli bir maksimum sürenin ötesinde, tüm kadınların operatif doğum ile doğurması gerektiği tespit edilmemiştir.	1C Güçlü öneri, Düşük kalitede kanıt düzeyi
İkinci evrede doğumun durması tanılanmadan önce, anne ve fetüsün koşulları izin veriyorsa, takip etmeye izin verin: -Multipar kadınlarda en az 2 saat ıkınma (1B) -Nullipar kadınlarda en az 3 saat ıkınma (1B) Süreç belgelendiği sürece daha uzun süreler bireysel bazda uygulanabilir. (örn., Epidural analjezi veya fetal malpozisyon ile) (1B)	1B Güçlü öneri, orta kalitede kanıt düzeyi
Doğumun ikinci evresinde operatif vajinal doğumun iyi eğitilmiş ve deneyimli bir hekim tarafından yaptırılmasının sezaryene alternatif olarak güvenli, kabul edilebilir olacağı düşünülmelidir. Operatif vajinal doğum ile ilgili pratik beceriler ve bakımın devamlılığını konusunda eğitimlere teşvik edilmelidir.	1B Güçlü öneri, orta kalitede kanıt düzeyi
Doğumun ikinci evresinde fetal malpozisyon duruşlarda fetal oksiputun manuel rotasyonu, operatif vajinal doğum veya sezaryen doğum öncesinde düşünülmeli gereken kabul edilebilir müdahaledir. Malpozisyon gelişlerde sezaryen doğumlarının güvenli bir şekilde önlenmesi için, özellikle anormal fetus inişlerde, doğumun ikinci aşamasında fetal pozisyonun değerlendirilmesi önemlidir.	1B Güçlü öneri, orta kalitede kanıt düzeyi

Sezaryen oranlarının azaltılması için Amerikan Obstetrisyen ve Jinekolojistler Cemiyeti ve Maternal-Fetal Tıp Derneği'nin (ACOG ve SMFM) yayınladıkları ortak görüş bildirisinde primer sezaryen doğumu önlemek için doğumun birinci ve ikinci evresindeki bekleme süreleri ve uygulama önerilerini kanıt düzeyleriyle belirtmişlerdir (Tablo 1 ve 2).²⁵ Bu önerilerin ebeler tarafından bilinmesi, distosinin tanınması ve uygun müdahalelerin doğru zamanda yapılması açısından önemlidir.

Sürekli intrapartum destek

Doğum eylemi psikososyal dengelerde bozulmaya neden olan, anne ve ailede yoğun strese yaratan bir süreçtir. Sürekli intrapartum destek; doğum yapan kadına yardımın kesintisiz olarak yapılması, doğum süreci boyunca kadın ve ailesine ihtiyacı olduğunda gerekli desteğin verilmesi anlamlarına gelmektedir. Bu destek; masaj, sıcak veya soğuk uygulama gibi fiziksel rahatı sağlayıcı uygulamalar, kadına cesaret vererek ve sürekli yanında olarak doğum yapan kadına duygusal destek verme, doğumun gidişatı hakkında kadını ve aileyi bilgilendirme, sağlık çalışanları ile iletişimini kolaylaştırma ve bu süreçte kadının haklarını korumayı içerir. Doğum sırasında verilen destek kadınların aktif bir şekilde doğuma katılmasını sağlayarak sezaryen olasılığını düşürmektedir. 2014 yılında yayınlanan bir Cochrane analizinde doğum sırasında eğitilmiş bir kişi tarafından gebeye verilen sürekli desteğin sezaryen olasılığını düşürdüğü görülmüştür.²⁶ Şüphesiz ki doğumda bu desteği en iyi verebilecek kişi ebedir.

Partograf kullanımı

Partograf, doğum eyleminin izlenmesi ve değerlendirilmesi için doğum yöntemine karar vermede kullanılan kağıt üzerindeki grafiksel bir kayıttır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından sezaryen oranlarının azaltılması amacıyla 2011-/66 sayılı Partograf Genelgesi yayınlanmış ancak bu partograf doğum eyleminin latent ve aktif fazını içerecek şekilde olduğu için yeniden düzenlenmiş, 2015/02 sayılı Partograf Genelgesinde latent faz çıkartılarak Partograf ve Partograf Kullanma Kılavuzu aktif fazda doğum izlemine yönelik olarak tekrar düzenlenmiştir.²⁷ Partograf kullanımının, perinatal ve fetal morbidite ve mortalite üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan ve 7706 kadını kapsayan Cochrane sistematik incelemesine göre, partograf kullanımının, sezaryen, müdahaleli vajinal do-

ğum ve 5. dakikadaki Apgar skorlarının <7 olması açısından fark bildirilmemiştir. Ayrıca latent fazda partograf kullanılmadığı durumda sezaryen oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur.^{28,29} American Women's Collage, ebelik müdahaleleri sırasındaki doğru değerlendirilmelerin ve kayıtların gerekliliği için tüm ebelerin doğum süreci boyunca partograf kullanmasını önermektedir.³⁰

Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD)

Edwin Cragin tarafından 1916 yılında "bir kez sezaryen, her zaman sezaryen" olarak söylenen mottunun şuanda geçersiz olduğunun farkına varılmıştır. White, May ve Cluett'in 2016 yılında yayınladıkları bir çalışmaya göre; bir önceki doğumu sezaryen olan kadınlar için ebe liderliğinde doğum öncesi bakım uygulaması, hekim liderliğinde doğum öncesi bakım uygulamasına göre güvenilir ve etkili bir alternatiftir ve istenen sezaryen sonrası vajinal doğuma eğilimi arttırmaktadır.³¹ Nousia ve arkadaşları tarafından 2014 yılında Yunanistan'da ebelerin sezaryen sonrası vajinal doğuma katkılarını araştırdıkları çalışmada, antepartum ve intrapartum dönemde ebe tarafından desteklenen, geçmişte sezaryen doğum yapmış, risk taşımayan tekil gebeliği olan 66 kadın çalışmaya alınmış. Çalışma sonucunda kadınların 52'si (%79) başarılı bir şekilde vajinal doğum yapmıştır.³² Öyle görünüyor ki, antepartum dönemde bir ebe tarafından uygun şekilde bilgilendirilmiş ve hazırlanmış gebelerin, yüksek oranda vajinal doğum elde ettiği görülmektedir.

Yapısal Uygulamalar

Yapısal uygulamalar daha çok hastane organizasyonu ve politikasını ilgilendiren konulardır. Klinik uygulama klavuzlarının kullanılması, kalite iyileştirme stratejileri, ebelik hizmet kalitesinin artması, yeterli ebe sayısı ve uygun çalışma saatleri gibi konulardan bahsedilebilir. Ayrıca ülkemizde anne dostu hastane uygulamasının başlamasıyla birlikte yüksek maliyetli, etkin olmayan tarama ve tanı işlemleri yerine; uygulama amacı kanıt temelli literatüre dayanan, doğum sürecinin normal olduğu, otonomi, güçlendirme, zarar vermeme ve sorumluluk prensiplerine dayanan bir süreç gerçekleşmektedir. Anne dostu hastanelerin sayısı arttıkça ve kanıt temelli uygulamalar sağlık profesyonelleri tarafından etkin kullanıldıkça doğum normal seyrinde, güvenilir ve kadınların kendi istediği şekilde gerçekleşmiş olacaktır.³³

Sonuç

Yıllar içinde giderek yükselen sezaryen doğum oranlarının doğru atılacak stratejik adımlarla ve multidisipliner çalışmalarla zaman içinde oranları azalacaktır. Bu bağlamda kanıta dayalı uygulamaları klinik ile birleştirilmek son derece önemlidir. Kanıt temelli uygulamaların klinik ile birleştirilmesi için ebelerin doğumda daha aktif rol almasının sağlanması gerekmektedir. Sezaryen doğum oranını düşürmek amacıyla ebeler tarafından kadınlara yönelik doğuma hazırlık kurslarının yaygınlaştırılması ve doğuma yönelik olumlu tutum geliştirilmesi desteklenmelidir. Kanıta dayalı uygulamaları içeren hizmet içi eğitim programlarının artırılması, ebelerin güncel gelişmeleri takip etmeleri ve uygulamaları açısından önemlidir.

Kaynaklar

1. Turamanlar O, Songur A. Sezaryen Ameliyatının Tarihsel Gelişimine Anatomik Açından Bakış [An Anatomical Look at the Historical Development of Cesarean Operation]. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi [Mersin University School of Medicine Lokman Hekim Journal of History of Medicine and Folk Medicine] 2014; 4(2):8-12.
2. Öner S, Koçuş F. Mersinde 18-49 yaş arası bir grup kadında sezaryen sıklığı ve etkileyen faktörler [The prevalence of cesarean section among 18-49-year-old women living in Mersin province and affecting factors]. TAF Preventive Medicine Bulletin 2016; 15(5):401-407.
3. İnanç BB, Sıkar D, Yaşar L, Yaşar N. Eski sezaryenli gebelerin demografik özellikleri ve ilk sezaryen endikasyonlarının değerlendirilmesi [Demographic features and indications of pregnant women with previous cesarean section]. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi [Turkish Journal of Family Practice] 2013; 17(1): 3-7.
4. World Health Organization, WHO Statement on Cesarean Section Rates 2015. (Erişim Tarihi: 30/05/2017) Erişim adresi: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/ :
5. Chaillet N, Dubé E, Dugas M, Francoeur D, Dubé J, Gagnon S. et al. Identifying barriers and facilitators towards implementing guidelines to reduce cesarean section rates in Quebec. Bulletin of the World Health Organization 2007; 85(10): 791-797.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
7. Sert Karaaslan Y, Yener D. Dünyada En Yüksek Sezaryen Oranı Türkiye'de 2017. Anadolu Ajansı Haberi. (Erişim Tarihi: 30/05/2017) Erişim adresi: <http://aa.com.tr/tr/gunun-basliklari/dunyada-en-yukse-sezaryen-orani-turkiyede/763733>
8. Moodliar S, Moodley J, Esterhuizen TM. Complications associated with caesarean delivery in a setting with high HIV prevalence rates. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2007; 131(2): 138-145.
9. Leslie MS. Counseling women about elective cesarean section. Journal of Midwifery & Women's Health 2004; 49(2): 155-159.
10. Eker A, Yurdakul M. Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları [The Knowledge and Practices Mothers to Related of Baby Feeding and Breastfeeding]. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi [Journal of Continuing Medical Education] 2006; 15(9): 158-163.
11. Kültürsay N. Bebeklikte Barsak Florası Gelişimi ve İmmün Sisteme Etkileri [Development of Intestinal Flora in Infancy and Its Effects on Immune System]. Çocuk Enfeksiyon Dergisi [Journal of Pediatric Infection] 2009; 3(2): 75-78.
12. Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2008; 115(3):324-331.
13. Serçekuş P. Doğum Korkusuna Müdahale: Hypnobirthing [Intervention for fear of childbirth: Hypnobirthing], TAF Preventive Medicine Bulletin 2011; 10(2): 239-242.
14. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler [Pregnant women's fear of childbirth and related factors]. Zeynep Kamil Tıp Bülteni [Medical Bulletin of Zeynep Kamil] 2009; 40(2): 57-62.
15. Duran ET, Atan ŞÜ. Kadınlarda sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi [Qualitative analysis of perspectives of woman about cessation section/vaginal delivery]. Genel Tıp Derg [Journal of General Medicine] 2011; 21: 83-8.

16. McGrath SK, Kennell JH. A Randomized Controlled Trial of Continuous Labor Support for Middle-Class Couples: Effect on Cesarean Delivery Rates. *Birth* 2008; 35(2): 92-97.
17. Karimi S, Kazemi F, Masoumi SZ, Shobeiri F, Roshanaei G. Effect of Consultation and Educating in Preparation Classes for Delivery on Pregnancy Consequences: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Electronic Physician* 2016; 8(11): 3177.
18. Ip WY, Tang CS, Goggins WB. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of clinical nursing* 2009; 18(15):2125-2135.
19. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Library* 2016; 4:1-73. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
20. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane Library* 2013;10:1-159. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4
21. Lauzon L, Hodnett ED. Labour assessment programs to delay admission to labour wards. *The Cochrane Library* (Edited in 2009) 2001;3:1-16. doi: 10.1002/14651858.CD000936
22. Kauffman E, Souter VL, Katon JG, Sitcov K. Cervical dilation on admission in term spontaneous labor and maternal and newborn outcomes. *Obstetrics & Gynecology* 2016; 127(3): 481-488.
23. Jackson S, Gregory KD. Management of the First Stage of Labor: Potential Strategies to Lower the Cesarean Delivery Rate. *Clinical obstetrics and gynecology* 2015; 58(2):217-226.
24. Henry DE, Cheng YW, Shaffer BL, Kamala AJ, Bianco K, Caughey AB. Perinatal outcomes in the setting of active phase arrest of labor. *Obstetric Anesthesia Digest* 2009; 29(4): 187-188.
25. Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ, American College of Obstetricians and Gynecologists. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American journal of obstetrics and gynecology* 2014; 210(3): 179-193.
26. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Library* 2012;10:1-57. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub4
27. Sağlık Bakanlığı Partograf Genelgesi 2015 (Erişim Tarihi: 20/05/2017) Erişim adresi: <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/haberler/946-2015-2-say%C4%B1%C4%B1-partograf-genelgesi-yay%C4%B1nlanm%C4%B1C5%9Ft%C4%B1r.html>
28. Lavender T, Hart A, Smyth R. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; 7: 1-74. CD005461. doi: 10.1002/14651858.CD005461.pub4
29. Başgöl Ş, Beji NK. Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım [Common Practices and Evidence Based Approach in First Stage of Labor]. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi [Journal of Duzce University Health Sciences Institute]* 2015; 5(2): 32-39.
30. Beydağ KD, Merih YD, Esencan TY. Doğumhanede Çalışan Hemşire Ve Ebelerin Partograf Kullanımı Ve Partografin Gerekliliğine Yönelik Görüşleri [Opinion of Delivery Room Nurse and Midwives About Using Partogram and Effectiveness of Partograms]. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi [Gümüşhane University Journal of Health Sciences]* 2013; 2(2):193-205.
31. White HK, May A, Cluett ER. Evaluating a Midwife-Led Model of Antenatal Care for Women with a Previous Cesarean Section: A Retrospective, Comparative Cohort Study. *Birth* 2016; 43(3): 200-208.
32. Nousia K, Michalopoulos G, Grigoriadis C, Stournaras S, Brezeanou C, Vrachnis N, Farmakides G. Vaginal birth after cesarean section in Greece and the contribution of the midwives. *HJOG* 2014; 13(3):73-76.
33. Başgöl Ş, Oskay Ü. Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde anne dostu hastane modeli [Model of Mother-Friendly Hospitals for Development of Maternal and Child Health Services]. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi [Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences]* 2014; 17(2): 125-129.