



GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

ISSN 2146 - 9954



GÜMÜŞHANE UNIVERSITY
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES

Cilt: 6 / Sayı: 4

EDİTÖR / EDITOR IN CHIEF
Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

EDİTÖR KURULU / EDITORIAL BOARD

Yrd. Doç. Dr. Nurçin KÜÇÜK KENT
Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ
Yrd. Doç. Dr. Taşkın KILIÇ
Doç. Dr. Huri İLYASOĞLU
Doç. Dr. Sedat BOSTAN
Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ
Yrd. Doç. Dr. Ayşe ÇOLAK
Yrd. Doç. Dr. Muammer AK
Yrd. Doç. Dr. Nuri GÜLEŞÇİ
Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ



GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ



Sahibi / Owner

Gümüşhane Üniversitesi adına Rektör,
Prof. Dr. Halil İbrahim ZEYBEK

Yazı İşleri Müdürü / Managing Editor

Yrd. Doç. Dr. Nurçin KÜÇÜK KENT

Editör / Editor in Chief

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

Yabancı Dil Editörleri / Foreign Language Editors

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ
Yrd. Doç. Dr. Nurçin KÜÇÜK KENT

İstatistik Editörü / Statistics Editor

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Editör Kurulu / Editorial Board

Yrd. Doç. Dr. Nurçin KÜÇÜK KENT
Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ
Yrd. Doç. Dr. Taşkın KILIÇ
Doç. Dr. Huri İLYASOĞLU
Doç. Dr. Sedat BOSTAN
Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ
Yrd. Doç. Dr. Ayşe ÇOLAK
Yrd. Doç. Dr. Muammer AK
Yrd. Doç. Dr. Nuri GÜLEŞCİ
Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ

Dergi Sekreteryası / Secretariat

Arş. Gör. Sefa MIZRAK
Arş. Gör. Murat SEMERCİ

Teknik Kurul / Technical Board

Bayram KARAKUŞ

Redaksiyon / Redaction

Yrd. Doç. Dr. Aydın KIVANÇ

Tasarım - Dizgi / Design - Editing

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ
Yrd. Doç. Dr. Nurçin KÜÇÜK KENT

Yayın Türü / Type of Publication:

Hakemli süreli yayın / Peer-reviewed journals

Yılda dört kez yayınlanır / Published four times per year. Türkiye Atf Dizini (Türkiye Citation Index) tarafından indekslenmektedir

Sağlık Bilimleri Dergisi Gümüşhane Üniversitesi Bağlarbaşı Mahallesi 29100 GÜMÜŞHANE

Tel : 0456 233 11 72

Faks : 0456 233 11 79

e-posta : sbd@gumushane.edu.tr

Web : <http://sbd.gumushane.edu.tr>

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU / SCIENTIFIC ADVISORY BOARD

Ahmet A. Afşin KAYA, GŞÜ
Abdülğani TATAR, ATÜ
Aclan ÖZDER, AKÜ
Adem KUŞGÖZ, KTÜ
Ahmet ALVER, KTÜ
Ahmet EROĞLU, KTÜ
Ahmet KALAYCIOĞLU, KTÜ
Ahmet KARAGÜZEL, KTÜ
Ahmet TIRYAKI, KTÜ
Ali Fuat BODUR, GŞÜ
Aliye ÖZENOĞLU, OMÜ
Arzu ERKOÇ HUT, RTEÜ
Asım ÖREM, KTÜ
Aşlı SİS ÇELİK, ATÜ
Aydın KIVANÇ, GŞÜ
Ayşe KARADAĞ, GÜ
Ayla GÜRSOY, KTÜ
Aynur BÜTÜN AYHAN, AÜ
Aysel KÖKSAL AKYOL, AÜ
Ayşe ÇOLAK, GŞÜ
Ayşe OKANLI, ATÜ
Ayşegül BİLGE, EÜ
Ayşegül İŞLER, AKD
Ayşegül BİLGE, EÜ
Ayten DEMİR, AÜ
Bayram KAYMAK, HÜ
Bayram ŞAHİNÖZ, HÜ
Beyazıt YEMEZ, DEÜ
Birgül KURAL, KTÜ
Burhan ÇAKICI, GŞÜ
Cemile Z. KÖROĞLU, UÜ
Dilek ÇİLİNGİR, KTÜ
E.Edip KEHA, KTÜ
Elanur YILMAZ ATÜ
Elif ÇELENK KAYA, GŞÜ
Erhan ÇAPKIN, KTÜ
Ersan KALAY, KTÜ
Ethem ALHAN, KTÜ
Evrin ÖZKORUMAK, KTÜ
Fahri UÇAR, KTÜ
Fatma DEMİR KORKMAZ, EÜ
Fatma GÜDÜCÜ, ATÜ
Fatma GENÇ, GRÜ
Fatma TAŞ ARSLAN, SÜ
Fevziye ÇETİNKAYA, EÜ
Feyyaz ÖZDEMİR, KTÜ
Figen ÇELEP, KTÜ
Filiz HİSAR, NEÜ
Fisun ŞENUZUN, EÜ
Gamze ÇAN, KTÜ

Gülbeyaz CAN, İÜ
Gülbu TANRIVERDİ, OMRÜ
Gülgün ERSOY, HÜ
Gürdal YILMAZ, KTÜ
Hacer KOBYA BULUT, KTÜ
Handan ÖZCAN, GŞÜ
Hasan BOZKAYA, KTÜ
Hasan Basri SAVAŞ, AAKÜ
Havva ÖZTÜRK, KTÜ
Havva TEL, CÜ
Hayriye ÜNLÜ, BÜ
Hilal YILDIRAN, GÜ
Huri İLYASOĞLU, GŞÜ
Hülya KARADENİZ, KTÜ
İbrahim İKİZCELİ, İÜ
İbrahim TURAN, GŞÜ
İbrahim YILDIRAN, GÜ
İclal ÇAKICI, YTÜ
İmdat AYGÜL, GŞÜ
İsmail AĞIRBAŞ, AÜ
Kağan KILINÇ, GŞÜ
Kemal Macit HİSAR, SÜ
Kıymet ÇİÇEK ÇALIK, KTÜ
Kurtuluş BURUK, KTÜ
Lale TAŞKIN, HÜ
Makbule G. KARADAĞ, GÜ
Melike DEMİR DOĞAN, GŞÜ
Merih KUTLU, KTÜ
Mevlit İKBAL, KTÜ
Mine EKİNCİ, ATÜ
Muammer AK, GŞÜ
M. Ali KÖROĞLU, UÜ
Murat BAŞ, BÜ
Murat ERSEL, EÜ
Murat S. KESİM, KTÜ
Musa ÖZATA, SÜ
Nazlı HACIALİOĞLU, ATÜ
Nesibe A. BURNAZ, GŞÜ
Nesrin NURAL, KTÜ
Neşe KAKLIKAYA, KTÜ
Nurcan ÇALIŞKAN, GÜ
Nurcan YABANCI, AÜ
Nurçin KÜÇÜK KENT, GŞÜ
Nuri GÜLEŞÇİ, GŞÜ
Orhan DEĞER, KTÜ
Özlem BİLİK, DEÜ
Özlem ŞAHİN ALTUN, ATÜ
Rabia H. AŞILAR, EÜ
Ramazan ERDEM, SDÜ
Saime ŞAHİNÖZ, GŞÜ

Sedat BOSTAN, GŞÜ
Sema KANDİL, KTÜ
Serap ÜNSAR, TÜ
Sevil CENGİZ, GŞÜ
Sevil ŞAHİN, YBÜ
Sevilay HİNDİSTAN, KTÜ
Songül AKTAŞ, KTÜ
Suzan YILDIZ, İÜ
Süha TÜRKMEN, KTÜ
Süleyman GÜVEN, KTÜ
Süleyman TÜREDİ, KTÜ
Taşkın KILIÇ, GŞÜ
Tevfik ÖZLÜ, KTÜ
Turgut ŞAHİNÖZ, GŞÜ
Yasemin K. YILDIRIM, EÜ
Yasemin A. KARTAL, SBÜ
Yunus KARACA, KTÜ
Yusuf ÇELİK, HÜ
Yüksel ALİYAZICIOĞLU, KTÜ
Zeynep B.TAKAOĞLU, GŞÜ
Zeynep ERDOĞAN, BEÜ
Zümrüt Y. ERKEK, GOPÜ

Editörden

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012 yılından bu yana yılda 4 sayı olarak Türkçe ve İngilizce makalelerle yayın hayatına devam eden hakemli bir akademik dergidir. Bu sayımız 6. yılın 4. sayısıdır.

Dergimizin bu sayısında; 23 adet bilimsel araştırma makalesi, 11 adet derleme makalesi ve 3 adet olgu sunumu olmak üzere toplam 37 araştırma ve inceleme makalesine yer vermiş bulunmaktayız. Diğer sayılarımızda olduğu gibi bu sayımızda da özellikle araştırma ve inceleme çalışmalarına yer vermiş olmaktan mutluluk duyuyoruz. Bu yayınların halk sağlığı alanında çalışan araştırmacılara katkı ve fayda sağlayacağını ümit etmekteyiz.

Dergimizde makale değerlendirme sürecinin daha şeffaflaştırılması ve hızlandırılması için çalışmalarımız devam etmektedir. Siz değerli okuyucu ve yazarlarımızın da desteğiyle daha kaliteli bir yayıncılığa imza atacağımıza olan inancımız tamdır. Sizlerden aldığımız öneri ve desteklerle dergimizi daha kaliteli hale gelecektir.

Dergimiz ulusal ve uluslararası bazı indeksler tarafından taranmaktadır. Halen ulusal ve uluslararası birçok indekse başvurumuz devam etmektedir. Sizlerin desteği ve göndereceğiniz nitelikli araştırma makaleleri sayesinde dergimiz kısa sürede uluslararası süreli yayınlar içerisinde SCI expanded dergiler arasında yer alacaktır.

Bilimsel süreli yayıncılıkta hakemli bir derginin bilimsel niteliğinin geliştirilmesinde, dergi hakemlerinin ve editörün çok önemli sorumlulukları vardır. Bu güne kadar değerli zamanlarını vererek makale değerlendirmelerini titizlikle yapan hakemlerimize teşekkürü bir borç biliriz.

Ayrıca aramıza yeni katılan bilim insanlarına ve yayınlarıyla bizleri destekleyen yazarlarımıza, okuyucu ve takipçilerimize, dergide emeği geçen herkese yürekten sevgi, saygı ve şükranlarımızı sunar bir sonraki sayımızda görüşmek üzere esenlik ve mutluluklar dileriz.

Her sayımızın bir önceki sayımızdan daha iyi olması bizim en önemli ilkemizdir.

Selam ve Saygılarımızla...

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Yrd. Doç. Dr. Nurçin KÜÇÜK KENT

Editör

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

Araştırma Makaleleri / Original Articles

Sayfa

Page

1. **Hemşirelik Öğrencilerinin Nanoteknoloji Tutumlarının Belirlenmesi**
The Attitudes of Nursing Students Towards Nanotechnology
Hülya BAYBEK, Dilek ÇATALKAYA, Arzu KIVRAK, Halime TOZAK YILDIZ **1-11**
2. **Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi**
Examination of Type 2 Diabetics Attitudes and Behaviours Against Care and Treatment
Sakine USTAALİOĞLU, Mehtap TAN **12-20**
3. **Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi**
The Effects of Daily Life Activity Levels on the Quality of Life and Life Satisfaction of Elderly
Hülya KANKAYA, Ayfer KARADAKOVAN **21-29**
4. **Üniversite Öğrencilerinin Kültürel Zeka Düzeylerinin Olumsuz Otomatik Düşünceler ve Bazı Diğer Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi**
Evaluation of Cultural Intelligence Levels of Female University Students According to Negative Automatic Thoughts and Some Other Variables
Gül ERGÜN, Aysun GÜZEL **30-43**
5. **Acil Servislerde Yaşanan Sorunların Çalışanlar Gözünden Değerlendirilmesi**
The Evaluation Of The Problems' Emergency Services From Staff Perspectives
Selma SÖYÜK, Sümeyye ARSLAN KURTULUŞ **44-56**
6. **İç Hastalıkları Alanında Çalışan Hemşirelerin Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşmada İnternet Kullanımına İlişkin Görüş Ve Uygulamaları**
Views And Practices Of Nurses Working At Internal Medicine Wards About Using Internet To Access Health Related Information
Arzu AKMAN YILMAZ, Nur İZGÜ, Sultan KAV, Nalan ÖZHAN ELBAŞ **57-68**
7. **Ebelik Öğrencilerinin Meslek ile İlgili Görüşlerinin ve Mezuniyet Sonrası Çalışmak İstedikleri Kurumların Değerlendirilmesi**
Evaluation of Midwifery Students' Opinions of Their Profession and Assessment of Their Preferences About Institution Types That They Will Work
Ummahan YÜCEL, Nazan TUNA ORAN, Esmâ YÜKSEL **69-76**
8. **X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel Yenilikçilik Farkındalıklarının Karşılaştırılması**
Comparison of Generation X and Y Nurses and Student Nurses' Individual Innovativeness Awareness
Melih BAŞOĞLU, Aylin DURMAZ EDEER **77-84**
9. **Çocuğa Yönelik Cinsel İstismar Vakaları ile Çalışan Sosyal Çalışmacıların Psikososyal Etkilenme Deneyimleri**
Psychosocial Exposure Experiences of Social Workers Working With Cases of Child Sexual Abuse
Ertuğrul HATİPOĞLU **85-97**
10. **Lise ve Üniversite Düzeyinde Eğitim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleğe Bakış Açıları**
Stance of High School and University Nursing Students on Profession
Bahadır TERCAN, Yeşim SAKA, Sedanur KASAP, Seren GÜN **98-105**
11. **Üniversite Öğrencilerinin Süt ve Süt Ürünleri Tüketim Alışkanlıkları ve Etkileyen Faktörler**
Factors Affecting University Student's Habit of Consuming Milk and Dairy Products
Saime ŞAHİNÖZ, Merve ÖZDEMİR **106-112**

12. **Kadınların Meme Kanserine Yönelik Bilgi, Davranış ve Uygulamalarının İncelenmesi** 113-121
Investigation Of The Knowledge, Behavior And Applications Of Their Women Towards Breast Cancer
Rabia SOHBET, Fatma KARASU
13. **Hastane Afet Ekibinin Afete Hazırlık Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi** 122-130
Evaluating the Level of Knowledge of a Hospital Disaster Relief Team about Disaster Preparedness
Gülhan ŞEN, Gürkan ERSOY
14. **Okul Öncesi Eğitime Devam Eden Çocukların Ailelerinin Çocukluk Çağı Aşları Hakkındaki Görüşleri** 131-137
Views On Childhood Vaccinations Families Of The Children Who Attend Preschool Education Institutions
Yadigar POLAT, Sümeyya TATLI, Mustafa YAVUZKİNCİ, Melek ÖZTÜRK,
N. Nesrin İPEKÇİ, Gülistan YURDAGÜL, Seval SÜZÜLMÜŞ
15. **Gebelerin Psikososyal Sağlıkları Doğum Tercihini Etkiler Mi?** 138-145
Is There Any Effect of Psychosocial Health of Pregnant Women on Birth Preference
Yurdagül AKSAY, Öznur KÖRÜKCÜ, Nimet SAYGIN, Yıldırım Beyazıt GÜLHAN
16. **Hemşirelerin Çocuk Sevme Düzeyleri ve Çocuk Yetiştirme Tutumları** 146-155
Level of Nurses' Liking Children and Attitudes of Child Raising
Melahat AKGÜN KOSTAK, Remziye SEMERCİ, Esra Nur KOCAASLAN
17. **Geleneksel Halk Sağlığı Uygulamaları: Dişli Kasabası Örneği** 156-166
Traditional Public Health Practices: Dişli Town Case
Muhammet Ali KÖROĞLU, Cemile Zehra KÖROĞLU
18. **Hemşirelerde Yaşam Doyumu ve Ölüme Karşı Tutum Arasındaki İlişki** 167-179
Relationship between Nurses' Life Satisfaction and Attitudes towards Death
Selda SÖNMEZ BENLİ, Arzu YILDIRIM
19. **Acil Servislerde İlaç Uygulama Hataları** 180-185
Medication Administration Errors in Emergency Department
Songül BİŞKİN, Fatma CEBECİ
20. **İşyerinde Öfke Kontrolü Eğitiminin Etkililiği: Otel İşletmeleri Çalışanları İle Yapılan Bir Araştırma** 186-192
Effectiveness Of Anger Management In Business: A Research Done With Hotel Staff
Ayşegül BİLGE, Sabah BALTA, Fisun ŞENUZUN AYKAR, Senem YILMAZ
21. **Etkileşimci ve Dönüşümcü Liderlik Tarzlarının İşten Ayrılma Niyeti ve İş Performansı Üzerinde Etkisi** 193-203
The Impact of Transactional Leadership and Transformational Leadership Styles on Intent to Leave and Job Performance.
Ferda ALPER AY, Koray KELEŞ
22. **Üniversite Öğrencilerinde Uyku Hijyeni** 204-212
Sleep Hygiene In University Students
M. Ercan ODABAŞIOĞLU, Tahir DEDEOĞLU, Zeynettin KASIRGA, Fatih SÜNBÜL
23. **İneklerde Suni Tohumlama Sonrası Flunixin Meglumine Kullanımının Gebelik Oranları Üzerine Etkisi** 213-217
The Effect of Flunixin Meglumine Administration after the Artificial Insemination on Pregnancy Rates in Cows
Zahid PAKSOY, İbrahim AKAR

Derlemeler / Review

Sayfa

Page

- | | | |
|-----|--|---------|
| 24. | Kemoterapiye Bağlı Bulantı-Kusma Yönetiminde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerinin Kullanımı
Chemotherapy-Induced Nausea-Vomiting to Manage the Use of Complementary and Alternative Therapy Methods
Afitap ÖZDELİKARA, Burak ARSLAN | 218-223 |
| 25. | Kolorektal Kanserden Korunma ve Hemşirenin Sorumlulukları
Colorectal Cancer Prevention and Responsibilities of Nurse
Gülsüm Nihal ÇÜRÜK, Hatice YÜCELER KAÇMAZ | 224-233 |
| 26. | Çikolatanın Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri
Effects Of Chocolate On Cardiovascular System
Dicle KARĞIN, Fatma Esra GÜNEŞ | 234-246 |
| 27. | Root Cause Analysis: Examples of Scenario
Kök Neden Analizi: Senaryo Örnekleri
Ş. Didem KAYA | 247-251 |
| 28. | Sosyal Adalet, Eşitlik ve Sosyal Hizmet
Social Justice, Equality and Social Work
Rabia ÇOBAN KAYNAK | 252-260 |
| 29. | Türkiye ve Avrupa'daki Tüketicilerin Gıda Etiket Okuma Tutumlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi
Evaluation of the Factors Affecting Consumers' Attitudes to Reading Food Labels in Turkey and Europe
Aybike CEBECİ, F. Esra GÜNEŞ | 261-267 |
| 30. | 18. Yüzyıldan Günümüze Türkiye ve Amerika'da Askeri Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi
18th Century since the Historical Development of Military Nursing in Turkey and America
Hülya LEBLEBİCİOĞLU | 268-274 |
| 31. | Anne-Bebek Bağlanmasında Kanıt Dayalı Uygulamalar
Evidence-Based Applications In Mother-Infant Attachment
Rukiye HÖBEK AKARSU, Birgül TUNCA, Selda YÜZER ALSAÇ | 275-279 |
| 32. | Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemede Güncel Yaklaşımlar ve Hemşirelere Yönelik Önleme Girişimleri Algoritması
Contemporary Approach To Preventing Surgical Site Infection And Algorithm For Preventive Interventions For Nurses
Nevra KALKAN, Mevlude KARADAĞ | 280-289 |
| 33. | Mikrobesin Öğeleri ve Mikrobiyota Etkileşimi
Micronutrients and Microbiota Interaction
Tevfik KOÇAK, Nevin ŞANLIER | 290-302 |
| 34. | Sağlığı Geliştirmenin En Kolay Yolu: Okul Sağlığı
The Easiest Way to Promote Health: School Health
Turgut ŞAHİNÖZ, Saime ŞAHİNÖZ, Aydın KIVANÇ | 303-312 |

Olgu Sunumu / Case Report

Sayfa

Page

- | | |
|---|----------------|
| 35. Perianal Doku Kaybı Olan Bir Travma Vakasının Roy Adaptasyon Modeline Göre İncelenmesi | 313-319 |
| Analysis of a Trauma Case with Perianal Tissue Loss According to Roy Adaptation Model
Hande AÇIL, Dilek AYGİN | |
| 36. Nekrotizan Fasiitli Bir Olgunun Yaşam Modeli Doğrultusunda Tanılanması | 320-325 |
| Diagnosis of a Necrotizing Fasiitis Case According To the Living Model
Şebnem BİLGİÇ, Ülfıye ÇELİKKALP, Nisanur SARIKAYA | |
| 37. Neuman Açık Sistemler Modeline Göre Bir Vaka Değerlendirmesi | 326-331 |
| A Case Evaluation Based On the Neuman Open Systems Model
Burcu GENÇ KÖSE, Bırsel Canan DEMİRBAĞ | |

Hemşirelik Öğrencilerinin Nanoteknoloji Tutumlarının Belirlenmesi

The Attitudes of Nursing Students Towards Nanotechnology

Hülya BAYBEK¹, Dilek ÇATALKAYA², Arzu KIVRAK³, Halime TOZAK YILDIZ¹

ÖZET

Bir devlet üniversitesinin Hemşirelik bölümü öğrencilerinin nanoteknoloji tutumlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel tipte gerçekleştirilen çalışma, kitle oranlarının kestiriminde kullanılan örneklem büyüklüğü belirleme formülü ile hesaplanarak ve basit rassal örnekleme yöntemi ile seçilen 382 öğrenci ile katılım hızı %100 olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veriler Kurnaz ve Bayraktar tarafından geliştirilen ve geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan nanoteknoloji tutum ölçeği ile toplanmıştır. Veriler tanımlayıcı tablolarda aritmetik ortalama±standart sapma, sıklık ve yüzde (%) hesaplamaları; tutum puanlarının bağımsız değişkenlere göre karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi kullanılmış, karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiştir. Araştırmaya katılanların %63,4'ünün mesleki gelişimleri takip ettiği, %78,5'inin nanoteknolojinin faydasının yanı sıra zararlarının da olduğuna inandığı, %69,9'unun nanoteknoloji hakkında bilgi edinmek istediği, %42,9'unun nanoteknoloji alanında çalışmak istediği bulunmuştur.

Öğrencilerin nanoteknolojiye değer verme puanlarının 44 puan üzerinden $26,05\pm 5,390$, nanoteknoloji farkındalığı puanlarının 32 puan üzerinden $19,90\pm 4,140$ ve nanoteknoloji tutum puanlarının ise 76 puan üzerinden $45,95\pm 7,903$ ve orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Nanoteknoloji tutumunun bu alanda çalışmak isteyen, bilgi edinmek isteyen ve mesleki gelişimleri takip eden öğrencilerde daha olumlu ($p=0,000$) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bilgi edinmek isteyen ve mesleki gelişimleri takip eden öğrencilerin nanoteknolojiye daha fazla değer verdikleri ($p=0,000$) ve farkındalıklarının daha yüksek olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Nanoteknolojinin faydasının yanı sıra zararlarının da olduğuna inanan öğrencilerin farkındalıklarının daha fazla olduğu ($p=0,038$) belirlenmiştir. Cinsiyet, sınıf ve mezun olunan lise değişkenleri nanoteknoloji tutumlarını etkilememiştir.

Anahtar Kelimeler: Nanoteknoloji, Tutum, Değer Verme, Farkındalık, Hemşirelik Uygulamaları

ABSTRACT

This cross-sectional study aims to determine the attitudes of students in the department of nursing of a public university towards nanotechnology and the factors that affect them. The study sample was 382 students selected using simple random sampling and the sample size determination formula for the estimation of the population means. The study was conducted with a 100% participation rate. The data were collected using the Nanotechnology Attitude Scale, developed and tested for validity and reliability by Kurnaz and Bayraktar. The data analysis was performed arithmetic means, standard deviations, frequencies and percentages. The Mann-Whitney U test and the Kruskal-Wallis H test were used to compare the attitude scores according to the independent variables. The threshold for significance was $p<0,05$ for the comparisons. It was found that 63,4% of the participants followed developments in nursing, 78,5% believed that nanotechnology has both benefits and harms, 69,9% wanted information about nanotechnology and 42,9% wanted to work in nanotechnology.

The students' mean score on the valuation of nanotechnology was $26,05\pm 5,390$ out of 44. Their mean score on awareness of nanotechnology was $19,90\pm 4,140$ out of 32, and their mean score on attitudes towards nanotechnology was $45,95\pm 7,903$ out of 76. These results were found to be moderate. It was found that students who want to work in this field, who want to obtain information and who follow the developments in nursing had more positive attitudes towards nanotechnology ($p=0,000$). The students who want to obtain information and follow developments in nursing value nanotechnology more ($p=0,000$) and had higher awareness ($p<0,05$). The students who believed that nanotechnology has both benefits and harms were found to have higher awareness ($p=0,038$). The variables of gender, year in the university and high school type had no effect on students' attitudes towards nanotechnology.

Keywords: Nanotechnology, Attitudes, Valuation, Awareness, Nursing Practices

*Bu çalışma 2016 yılında Kayseri'de düzenlenen 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

¹Yrd. Doç. Dr. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Fethiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Muğla

²Öğrenci Hemşire. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Fethiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Muğla

³Öğr.Gör. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Fethiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Muğla

GİRİŞ VE AMAÇ

Bilim ve teknolojideki hızlı ve aynı zamanda şaşırtıcı gelişmeler bireyler kadar meslekleri, kurumları, toplumları büyük ve gizli bir rekabetin içine sokmuştur. Bu rekabet, ülkelerin var olan teknolojik olanaklarını geliştirmelerini zorunlu hale getirmiştir.¹ Hemşireliği ve hemşirelik eğitimini öncelikli olarak etkileyen güçler arasında teknolojinin önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir.^{2,3}

Tüm mesleklerde olduğu gibi hemşirelikte de bilgi ve iletişim teknolojilerinin doğru ve etkin kullanımı oldukça önemlidir. Hemşirelikte yol gösterici olan meslek kuruluşları teknolojiyi, hemşirelikte bakım uygulamalarını etkileyen önemli bir değişken olarak vurgulamaktadır. Bu nedenle teknolojiyi etkili olarak kullanabilmek, bilgi, beceri ve tutumuna sahip olmak hemşirelikte aranan bir nitelik olarak kabul edilmektedir.^{4,5,6} Bir meslek üyesi olarak hemşireliği etkileyecek yeni eğilimlerin bilinmesi, dikkate alınması ve bu eğilimlerden olumlu biçimde yararlanma yollarının araştırılması, gelecekteki hemşirelik eğitiminin içeriğinin bugünden yapılandırılmasında önemli rol oynamaktadır.⁷

Nanoteknoloji, maddenin atomik moleküller boyutunda bir takım mühendislik uygulamaları yapılarak, maddenin yeni özelliklerinin ortaya çıkarılması; nanometre ölçeğindeki fiziksel, kimyasal ve biyolojik olayların anlaşılması, kontrolü ve üretilmesi amacıyla, fonksiyonel materyallerin, cihazların ve sistemlerin geliştirilmesi sürecidir.^{8,9} Son yıllarda nanoteknoloji, dünyada ve ülkemizde öncelikli alan olarak ilan edilmiş ve büyük oranda yatırımlar yapılmıştır.¹⁰ Nanoteknoloji elektronik, ulaşım, enerji, tekstil ve tarım gibi alanların yanı sıra, sağlık alanında da yoğun bir şekilde etkisini göstermektedir. Nanoteknolojinin tıp alanındaki uygulamaları nanotıp olarak adlandırılmaktadır.¹¹ Bu uygulamalarının, insan sağlığının geliştirilmesi, korunması ve hasta bakım kalitesinin artırılmasına yönelik katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.^{10,12} Aynı

zamanda nanoteknolojinin, insan yeteneklerini geliştirebilme, insan hafızasını arttırılabilme, kemikleri sağlamlaştırılabilme, görüş keskinliğinin arttırılabilme ve insan ömrünü uzatılabilme üzerinde de etkilerinin olabileceği savunulmaktadır.¹³

Kullanıldığı her alanda, heyecan verici gelişmelere katkı sağlamasının yanında, nanoteknolojinin insan sağlığı üzerine olumsuz etkileri henüz açıklığa kavuşmamıştır.¹⁴ Nanomateryallerin güvenli kullanımı, sağlık bakım sistemleri açısından üzerinde durulması gereken öncelikli konulardan biridir.¹⁵ Tıbbi uygulamalara giren nanoteknolojik ürünlerin etkileri daha çok deney hayvanları üzerinde belirlenmeye çalışılmıştır. İnsanlar üzerinde nanopartiküllerin olumsuz etkilerinin araştırıldığı çalışmalar ise sınırlı sayıdadır. Bu çalışma örneklerinde nanoteknolojik ürünlerin molekül özelliklerinden dolayı insanlarda; solunum, sinir, sindirim, kan ve cilt üzerinde muhtemel toksik etkilere neden olabileceği bildirilmektedir.^{9,16,17}

Nanoteknolojideki gelişmeler ışığında klinik uygulamalar ile birlikte hemşirelik uygulamalarında da gelişmeler olmaktadır. Bu bağlamda hemşireler de, hastalarına güvenli, etkili ve kaliteli bakım sağlamak için nanoteknolojik gelişmeleri takip etmelidirler.¹⁵ Nanoteknolojinin hemşirelik mesleğindeki önemine bakıldığında özellikle kanserin erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesinde, kliniklerde enfeksiyonun önlenmesinde, yara bakımı ve iyileşmesinde nanoteknolojik ürünlerden yararlandığı belirtilmektedir. Bu nedenle klinikte çalışan hemşirelerin kullanımda olan nanopartiküllerin molekül yapılarına ve büyüklüklerine dikkat etmeleri ve bu maddelerin inhalasyon veya cilt yoluyla vücuda alınmasını önlemek için özel koruyucular ve uygulamalar geliştirmeleri gerekmektedir.¹⁶

Bilim adamları, 2050'li yıllarda mesleklerin yeniden yapılanacağını, hemşireliğin sağlık bakımı sistemindeki rolünün öneminin artacağını

öngörmektedirler. Gelecekte genetik gelişmeler, sosyal medya, nanoteknoloji ve robot hemşirelerin ortaya çıkması gibi futuristik teknolojilerin yanı sıra çevresel değişimler, yaşlı nüfusun artışı, yeni hastalıkların ortaya çıkacak olması gibi küresel değişimler de hemşireliği ve hemşirelik eğitimini doğrudan etkileyecek, hemşirelerin rollerini değiştirecektir. Sonuç olarak hemşire eğitimcilerin bugünden hemşireliğin geleceğini öngörerek geleceğin küresel düşünüp bölgesel hareket eden hemşirelerini yetiştirmeleri bir zorunluluktur.⁴ Özellikle hemşirelik öğrencilerinin geleceği düşünerek becerilerini geliştirmesi gerektiği, hemşirelik eğitimi programlarında gelecek çalışmalarının ve araştırmalarının yer alması

gerektiği sıklıkla vurgulanmaktadır.^{18,19} Klinik alanda yürütülen uygulamalarda sıkça karşılaşılan nanoteknolojik cihazların veya ürünlerin kullanımı konusunda hemşirelerin ve geleceğin hemşiresi öğrencilerin bilgilerinin artırılması ve konuya ilişkin olumlu tutumlarının geliştirilmesi zorunluluğunu ortaya koymuştur. Ancak hemşirelerce önemini bilinmediği, bu konuya ilişkin hemşirelik çalışmalarının sayısının yok denecek kadar az olduğu görülmektedir.^{16,20} Araştırmada sağlık alanında giderek kullanımı yaygınlaşan nanoteknolojiye karşı hemşirelik bölümü öğrencilerinin tutumlarını ve bu tutumları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın yeri ve zamanı

Ocak-Nisan 2016 döneminde bir devlet üniversitesinin Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde yürütülmüştür.

Evren ve örnek seçimi

Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümünde öğrenim gören 924 öğrenci araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem büyüklüğü kitle oranlarının kestiriminde kullanılan formül ile hesaplanıp %20 arttırılarak örneklem hacmi 382 olarak hesaplanmıştır. Örneklem girecek öğrenciler basit rassal örneklem yöntemi ile seçilmiştir.

Araştırmanın tipi

Araştırma; nanoteknoloji tutumlarının belirlenmesi ile tanımlayıcı, bağımsız değişkenlere göre nanoteknoloji tutumlarının farklılıklarının araştırılması yönü ile kesitsel araştırma tipindedir.

Veri toplama araçları

Araştırmada veriler anket ile toplanmıştır. Anket 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturan 7 adet kapalı uçlu soru bulunmaktadır. İkinci bölümde ise nanoteknoloji tutum ölçeği yer almaktadır.

Nanoteknoloji tutum ölçeği; Kurnaz ve Bayraktar tarafından geliştirilmiş ve geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin nanoteknolojiye değer verme ve nanoteknoloji farkındalığı olmak üzere 2 alt boyuttu bulunmaktadır. Ölçeğin cronbach alfa kat sayı değeri; değer verme alt boyutu için 0,78 ve farkındalık alt boyutu için ise 0,80 olarak hesaplanmıştır.²¹ Bu çalışmada hesaplanan cronbach alfa değeri 0,82 olarak belirlenmiştir.

Ölçek 4'lü likert tipinde 19 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin puanlamasında; kesinlikle katılmıyorum "1 puan", katılmıyorum "2 puan", katılıyorum "3 puan" ve kesinlikle katılıyorum "4 puan" olarak yapılmıştır. Olumsuz ifadelerde puanlama tersten yapılmıştır. Ölçeğin puan ranjı 19-76 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar nanoteknoloji tutumunun iyi olduğunu göstermektedir.²¹

Veri toplama aracının ön uygulaması evren içinden seçilen ve örneklem dışında kalan 10 kişiye uygulanmıştır. Ön uygulama sonunda herhangi bir sorun ile karşılaşılmamıştır.

Araştırmanın değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri nanoteknoloji ölçeğinden elde edilen değer verme, farkındalık ve tutum puanlarıdır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise cinsiyet, mezun olunan lise, sınıf, mesleki gelişimleri takip etme ve nanoteknolojinin; zararlarının da olduğuna inanma, kullanıldığı hastanelerde çalışmak isteme, hakkında bilgi edinmek isteme durumları oluşturmaktadır.

Araştırma problemi

Bu araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

- Hemşirelik öğrencilerinin cinsiyet, mezun olunan okul, sınıf, mesleki gelişimleri takip etme ve nanoteknolojinin; zararlarının da olduğuna inanma, nanoteknolojinin kullanıldığı hastanelerde çalışmak isteme, nanoteknolojinin hakkında bilgi edinmek isteme durumlarının dağılımları nedir?
- Hemşirelik öğrencilerinin nanoteknoloji tutumları nasıldır?
- Hemşirelik öğrencilerinin nanoteknoloji tutumları kişisel özelliklerine göre anlamlı ölçüde farklılaşmakta mıdır?

Verilerin toplanması

Araştırmanın verileri Şubat 2016 döneminde anket yöntemi ile toplanmıştır. Anketler, ders saatlerinin başlangıçlarında, ilgili ders hocasından izin alınarak sınıflarda

yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Anketi doldurma süresi yaklaşık 15 dakikadır. Çalışma, formları eksiksiz dolduran 382 öğrenci ile tamamlanmıştır.

Verilerin Analizi

Bu çalışmadan elde edilen veriler elektronik ortama aktarılarak SPSS 15,0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiş ve gerekli analizler yapılmıştır. Tanımlayıcı tablolarda aritmetik ortalama±standart sapma, sayı ve yüzde (%) değerleri kullanılmıştır. Normal dağılım varsayımını Kolmogorov Smirnov testi ($p<0,05$) ile sınanmış ve non-parametrik testler kullanılmasına karar verilmiştir. Araştırmanın anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırma Etiği

Çalışmadan önce çalışmanın yapılacağı kurumdan izin ve etik kurul izni alınmıştır. Katılımcıların bilgilendirilmesi amacıyla anketin başlangıç bölümünde yer alan araştırmacılar tarafından hazırlanan bilgilendirme yazısı görüşme öncesinde katılımcılar tarafından okunup onaylanmıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma, çalışmanın yapıldığı sağlık yüksekokulunun hemşirelik öğrencileri ve “nanoteknoloji tutum ölçeği” sonucunda elde edilen veriler ile sınırlıdır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Nanoteknolojiye karşı hemşirelik bölümü öğrencilerinin tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmaya katılanların %61'inin kadın, %48,2'sinin 3.sınıf öğrencisi ve %49,5'inin Anadolu Lisesi mezunu olduğu belirlenmiştir.

Nano ürünlerin birçok alanda kullanılmaya başlamasına karşın, nanoteknolojinin olası zararlarına ilişkin literatür bilgisinin oldukça sınırlı olduğu ve insan sağlığı ya da çevreye olabilecek yan etki ve zararlarının tam olarak ortaya konulmadığı görülmektedir.²² Araştırmada öğrencilerin %78,5'i nanoteknolojinin faydasının yanı sıra zararlarının da olduğuna inandığı belirtmişlerdir (Tablo 1). Bir devlet üniversitesinin hemşirelik bölümünde okuyan 4. Sınıf hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir

çalışmada²³ öğrencilerin %52,5'inin nanoteknolojinin riskleri olabileceğini, hemşirelerde yapılan bir diğer çalışmada²⁴ ise öğrencilerin %52,9'unun nanoteknolojinin tanı-tedavi sürecinde kullanımının yarardan çok zarar sağlayacağını düşündükleri bildirilmektedir. Benzer çalışmalara göre bu araştırmadaki nanoteknoloji risk algısının daha yüksek olduğu görülmektedir. Nanoteknolojik ürünlerin zararlarına karşı önlemlerin geliştirilebilmesi, mesleki uygulamalarda bu ürünlerin kullanımının daha dikkatli takip edilmesi ile olanaklıdır. Öğrencilerin nanoteknolojinin riskli olabileceği düşüncesine sahip olması, bu süreci daha dikkatli takip etmelerinde etkili olabilir. Bu gerekçe ile araştırmadaki yüksek risk algısı iyi bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Tablo 1. Araştırma Grubundaki Öğrencilerin Nanoteknolojiye İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (n=382)

Görüşler	Sayı	%
Mesleki gelişimleri takip eder misiniz?		
Evet	242	63,4
Hayır	140	36,6
Nanoteknolojinin faydasının yanı sıra zararlarının da olduğuna inanır mısınız?		
Evet	300	78,5
Hayır	82	21,5
Nanoteknoloji hakkında bilgi edinmek ister misiniz?		
Evet	267	69,9
Hayır	115	30,1
Nanoteknolojinin kullanıldığı hastanelerde çalışmak ister misiniz?		
Evet	164	42,9
Hayır	218	57,1

Nanoteknoloji alanında var olan ve olası gelişmelerin izlenmesi ve bilgilerin güncellenmesi önemlidir.²⁵ Sağlık alanında nanoteknoloji gelişimi ve uygulamalarının çoğunlukla yazılı ve görsel medya ve internet yoluyla öğrenilmesinin hemşirelik mesleği için yeterli olmadığı, klinik uygulamalarda bu durumun riskleri arttırabileceği düşünülmektedir. Araştırmada öğrencilerin %63,4'ünün meslekleri ile ilgili gelişimleri takip ettiği, %69,9'unun nanoteknoloji hakkında daha fazla bilgi edinmek istediği, %42,9'unun nanoteknolojinin kullanıldığı hastanelerde çalışmak istediği belirlenmiştir (Tablo 1).

Yapılan bir çalışmada²⁶ akademik personel ve öğrencilerin nanoteknoloji hakkında farkındalıklarının düşük olduğu fakat çoğunluğunun nanoteknoloji ve uygulamalarının önemini bilincinde olduklarını ve bu ileri teknoloji hakkında daha fazla bilgi edinmek için istekli olduklarını bildirilmektedir. Özdemir ve ark. (2016) Malatya da bir hastanede çalışan 210 hemşirenin yarısının nanoteknolojinin kullanıldığı hastanelerde çalışmak istediğini²⁴ Erzurum ilinde gerçekleştirilen diğer bir çalışmada²⁷ öğrencilerinin büyük çoğunluğunun nanoteknoloji alanındaki gelişmeleri takip etmediğini (%69,2) rapor

etmektedir. Gelişen ve değişen bilgi teknolojilerine ulaşmak ve teknolojiyi hemşireliğin mesleki uygulamalarında en iyi

şekilde kullanması için mesleki yayınların ilgiyle takip edilmesi gerekmektedir.

Tablo 2. Araştırma Grubundaki Öğrencilerin Cinsiyet ve Nanoteknolojiye İlişkin Görüşlerine Göre Nanoteknolojiye Değer Verme Alt Ölçek Puan Ortalamaları Karşılaştırması (n=382)

Değişkenler	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Cinsiyet				
Kadın	193,73	45139,50	16838,00	0,621
Erkek	188,01	28013,50		
Mesleki gelişimleri takip etme				
Evet	207,13	50125,00	13158,000	0,000
Hayır	164,49	23028,00		
Nanoteknolojinin zararlarının da olduğuna inanma				
Evet	193,77	58131,00	11619,000	0,441
Hayır	183,20	15022,00		
Nanoteknolojisi hakkında bilgi edinmek isteme				
Evet	205,46	54858,00	11625,000	0,000
Hayır	159,09	18295,00		
Nanoteknolojinin kullanıldığı hastanelerde çalışmak isteme				
Evet	220,03	36085,00	13197,000	0,000
Hayır	170,04	37068,00		

Özellikle hemşirelik öğrencilerinin geleceği düşünerek becerilerini geliştirmesi gerektiği, hemşirelik eğitimi programlarında gelecek çalışmalarının ve araştırmalarının yer alması gerektiği sıklıkla vurgulanmaktadır. Bu durumda gelecekte sağlık hizmetlerinde yaşanan değişimlerin ağırlıklı nanoteknoloji, biyoteknoloji, sağlık bilişimi, robotik cerrahi, bilgisayar teknolojisi alanında olacağı da düşünüldüğünde hemşirelerin rol ve işlevlerini uygulamaya yansıtarken teknolojinin getirdiği fırsatları değerlendirirken, bu teknoloji ve gelişmelerin ortaya çıkardığı tehditlerinde farkında olmaları gerekmektedir.⁴

Değer vermek bireyin insanlara, düşüncelere ve nesnelere verdiği önem olup bireyin davranışlarında belirleyicidir. Bireyler sahip olduğu değerler çerçevesinde tercihlerini belirler, davranışlarına yön verir. Bu nedenle nanoteknoloji alanında da başarılı olmak için nanoteknolojiye değer vermek ve sağlık bakımındaki önemini fark etmek gerekmektedir. Çalışmada öğrencilerin değer verme puanları 44 puan üzerinden $26,05 \pm 5,390$ (Min:11, Mak:43) olarak tespit edilmiş ve bu puan orta düzeyde olumlu

olarak değerlendirilmiştir. Müfredat programında nanoteknoloji ile bağlantılı zorunlu ya da seçimsiz derslerinin olmaması, öğrencilerin konuya yabancı kalmalarına ve gerekli önemi vermemelerine neden olmaktadır. Özellikle hemşirelik bakımına yönelik olarak işlenen derslerin ve uygulamalarının teknolojik gelişmeler paralelinde zenginleştirilerek verilmesi, öğrencilerin nanoteknolojinin önemini kavramalarında yararlı olacaktır.

Önümüzdeki yıllarda nanoteknolojinin birçok alan için ne kadar vazgeçilmez olduğu daha iyi anlaşılacak, sağlık alanında elde edilecek nanoteknolojik ürünler insanoğlunun hayatını kolaylaştıracaktır.²⁸ Öğrencilerin nanoteknolojiye değer verme özelliklerinin bağımsız değişkenler açısından incelenmesine ilişkin sonuçlar Tablo 2'de verilmektedir.

Nanoteknolojiye değer verme tutumları cinsiyete ve nanoteknolojinin zararlarının da olduğuna inanma durumlarına göre farklılık oluşturmamıştır. Çalışmada kadın ve erkek öğrencilerin benzer değer verme tutumlarına sahip olması; eğitim ve uygulama açısından aynı süreçte olmaları ile açıklanabilir.

Tablo 3. Araştırma Grubundaki Öğrencilerin Cinsiyet ve Nanoteknolojiye İlişkin Görüşlerine Göre Nanoteknoloji Farkındalığı Alt Ölçek Puan Ortalamaları Karşılaştırması (n=382)

Değişkenler	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Cinsiyet				
Kadın	198,79	46318,50	15659,500	0,105
Erkek	180,10	26834,50		
Mesleki gelişimleri takip etme				
Evet	201,74	48820,00	14463,000	0,017
Hayır	173,81	24333,00		
Nanoteknolojinin zararlarının da olduğuna inanma				
Evet	197,61	59282,00	10468,000	0,038
Hayır	169,16	13871,00		
Nanoteknoloji hakkında bilgi edinmek isteme				
Evet	205,39	54839,00	11644,000	0,000
Hayır	159,25	18314,00		
Nanoteknolojinin kullanıldığı hastanelerde çalışmak isteme				
Evet	195,21	32014,50	17267,500	0,567
Hayır	188,71	41138,50		

Günümüzde sağlık bakım alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler son yıllarda hemşirelere önemli sorumluluklar ve roller yüklemiştir.²⁹ Değişen sağlık bakım gereksinimleri dikkate alındığında hemşirelik mesleğinin yaratıcı, araştırmacı, bilgiye ulaşan, bilgi üreten ve bilgiyi kullanabilen meslek üyelerine ihtiyaç duyduğu görülmektedir.³⁰ Araştırmada mesleki gelişimleri takip eden (p=0,001), bilgi edinmek isteyen (p=0,000) ve nanoteknolojinin kullanıldığı hastanelerde çalışmak isteyen (p=0,000) öğrencilerin nanoteknolojiye daha fazla değer verdikleri belirlenmiştir (Tablo 2). Araştırma sonucunda elde edilen bu bulgu literatür bilgiyi desteklemektedir.

Farkında olmak değişim için çok önemlidir ve olumlu tutum geliştirilmesini sağlar. Bu nedenle nanoteknoloji farkındalığı yüksek olan öğrencilerin nanoteknoloji tutumlarının da daha olumlu olması beklenmektedir. Çalışmada öğrencilerin

nanoteknoloji farkındalığı puanlarının 32 puan üzerinden $19,90 \pm 4,140$ (Min:7, Mak:28) olarak belirlenmiş ve bu puan orta düzeyde olumlu olarak yorumlanmıştır.

Çalışmada öğrencilerin nanoteknoloji farkındalıklarının bağımsız değişkenler açısından incelenmesine ilişkin sonuçlar Tablo 3 de verilmektedir.

Tablo 3 incelendiğinde mesleki gelişimleri takip eden (p=0,017), nanoteknolojinin zararlarının da olduğuna inanan (p=0,000) ve nanoteknoloji hakkında bilgi edinmek isteyen (p=0,004) öğrencilerin nanoteknoloji farkındalıklarının daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 3). Araştıran, sorgulayan öğrenci teknoloji ile arasının iyi olması nedeni ile merak ettiği başlıklara daha kolay ulaşmakta, farkındalığını ve konu ile ilgili bilgi-birikimini arttırmaktadır.

Tablo 4. Araştırma Grubundaki Öğrencilerin Cinsiyet ve Nanoteknolojiye İlişkin Görüşlerine Göre Nanoteknoloji Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırması (n=382)

Değişkenler	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	U	P
Cinsiyet				
Kadın	197,33	45977,00	16001,00	0,197
Erkek	188,01	28013,50		
Mesleki gelişimleri takip etme				
Evet	207,32	50172,00	13111,00	0,000
Hayır	164,15	22981,00		
Nanoteknolojinin zararlarının da olduğuna inanma				
Evet	196,52	58956,00	10794,00	0,089
Hayır	173,13	14197,00		
Nanoteknolojisi hakkında bilgi edinmek isteme				
Evet	210,66	56245,00	10238,00	0,000
Hayır	147,03	16908,00		
Nanoteknolojinin kullanıldığı hastanelerde çalışmak isteme				
Evet	208,69	34225,00	15057,00	0,008
Hayır	178,57	38928,00		

Bireylerin bir konudaki tutumlarının belirlenmesi ilerideki davranışlarını kestirebilmek açısından büyük önem taşımaktadır. Araştırmada nanoteknoloji tutum puanları 76 puan üzerinden $45,95 \pm 7,903$ (Min:18, Mak:69) olarak belirlenmiş ve öğrencilerin olumlu tutumlarının orta seviye olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin, nanoteknolojinin sağlık üzerinde uzun dönemde yaratacağı olumlu ve olumsuz etkileri belirlemeye yönelik araştırmalar yapmaları ve bu konularda hastalara danışmanlık vermeleri önerilmektedir.¹⁶ Hemşirelik öğrencilerinin geleceği düşünerek becerilerini geliştirmesi gerekliliği, hemşirelerden nanoteknolojiye yönelik beklentiler dikkate alındığında, öğrencilerin nanoteknoloji tutumlarının daha iyi seviyelerde olması beklenmektedir.

Araştırma sonuçlarının bu beklentileri karşılamadığı sonucuna varılmıştır.

Tablo 4’de görüldüğü gibi mesleki gelişimleri takip eden ($p=0,001$), nanoteknoloji hakkında bilgi edinmek isteyen ($p=0,000$) ve nanoteknolojinin kullanıldığı hastanelerde çalışmak isteyen ($p=0,008$) öğrencilerin nanoteknoloji tutumlarının diğer öğrencilerinden daha olumlu olduğu belirlenmiştir.

Gelecekteki hemşirelik uygulamalarının teknoloji destekli bakım sistemleri olacağı düşünüldüğünde yarının hemşiresi olacak olan öğrencilerin nanoteknolojik tutumlarının üst düzeyde olumlu olması bir gerekliliktir. Bu açıdan değerlendirildiğinde araştırma sonuçları beklenilenden düşük olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 5. Sınıf Değişkenine ve Mezun Olunan Okula Göre Nanoteknoloji Tutum Ölçek ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları Karşılaştırması (n=382)

Değişkenler	Sıra ortalaması	H	p
Nanoteknolojiye değer verme			
Sınıf			
1 sınıf	167,37		
2 sınıf	198,78		
3 sınıf	202,61	H: 6,575	P: 0,087
4 sınıf	188,71		
Mezun olunan okul			
Fen Lisesi	202,13		
Anadolu Lisesi	192,17		
S. M. Lisesi	194,10	H: 0,528	P: 0,971
Teknik Lise	176,02		
Düz Lise	191,97		
Nanoteknoloji farkındalığı			
Sınıf			
1 sınıf	189,94		
2 sınıf	217,66		
3 sınıf	194,46	H: 7,128	p: 0,068
4 sınıf	161,46		
Mezun olunan okul			
Fen Lisesi	223,00		
Anadolu Lisesi	193,38		
S. M.Lisesi	199,92	H: 1,275	p: 0,866
Teknik Lise	178,61		
Düz Lise	186,15		
Nanoteknoloji tutumu			
Sınıf			
1 sınıf	173,66		
2 sınıf	207,47		
3 sınıf	201,58	H: 6,397	p: 0,094
4 sınıf	174,04		
Mezun olunan okul			
Fen Lisesi	213,63		
Anadolu Lisesi	191,96		
S. M. Lisesi	196,01	H: 0,550	p: 0,968
Teknik Lise	179,11		
Düz Lise	190,45		

Nanoteknolojideki gelişmeler ışığında hemşirelik uygulamalarındaki değişim süreçleri nedeniyle hemşireler; nanoteknoloji hakkında sürekli eğitim içinde olmalı, nanoteknolojik uygulamaların içinde aktif olarak yer almalı, nanoteknolojiyi kullandığı alanlarda hasta/sağlıklı bireyi takip edip kayıt altına alarak kanıt düzeyli araştırmalar yapmalıdır. Öğrencilerin nanoteknolojiye değer verme, nanoteknoloji farkındalığı ve

nanoteknoloji tutumlarının sınıf ve mezun olunan okul değişkenleri açısından incelenmesine ilişkin sonuçlar Tablo 5’de yer almaktadır.

Bilginin artması öğrenme merakını da artırır. Bu nedenle öğrencilerin bilimsel bilgi birikiminin sınıf düzeyi arttıkça artması beklenmektedir. Ancak araştırmada sınıflar arasında nanoteknoloji tutumları farklılık göstermemektedir (Tablo 5). Bu sonuç

müfredat programında yer alan derslerin içeriğinin, nanoteknoloji alanında bilimsel bilgi ve buna bağlı tutum gelişimini desteklemediği sonucunu ortaya koymaktadır.

Türkiye eğitim sisteminde farklı isimlerle ve farklı amaçlarla açılan liselerin niteliksel anlamda öğrencilerde bir farklılık

oluşturacağı öngörülmektedir. Araştırmada öğrencilerinin mezun oldukları okullar nanoteknolojiye ilişkin değer verme, farkındalık ve tutumlarını etkilememiştir (Tablo 5). Bu sonuç öğrencilerin mezun oldukları lise türü ne olursa olsun nanoteknoloji tutumlarının etkilenmediğini göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılanların çoğunluğunun (%63,4) mesleki gelişimleri takip ettiği, bilgi edinmek istediği (%69,9) belirlenirken diğer taraftan büyük çoğunluğunun (%78,5) nanoteknolojinin zararlarının da olduğuna inandığı ve yarısından daha azının (%42,9) nanoteknolojinin kullanıldığı hastanelerde çalışmak istediği bulgulanmıştır. Genel olarak öğrencilerin nanoteknolojiye değer verme, farkındalık ve tutumlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Nanoteknoloji tutumunun bu teknolojinin kullanıldığı hastanelerde çalışmak isteyen, bilgi edinmek isteyen ve mesleki gelişimleri takip eden öğrencilerde daha olumlu (p=0,000) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alt ölçek incelemesinde; bilgi edinmek isteyen ve mesleki gelişimleri takip eden öğrencilerin nanoteknolojiye daha fazla değer verdikleri

ve farkındalıklarının daha yüksek olduğu; nanoteknolojinin zararlarının da olduğuna inanan öğrencilerin farkındalıklarının daha fazla olduğu; cinsiyet ve mezun olunan okul ve sınıf değişkeninin nanoteknoloji tutumlarını etkilemediği belirlenmiştir.

Hemşireliği etkileyecek yeni eğilimlerin bilinmesi ve bu eğilimlerden olumlu biçimde yararlanma yollarının araştırılması mesleki gelişim için önemlidir. Bu nedenle hemşirelik eğitimindeki teknolojik gelişmeler, nanoteknolojinin sağlıkta hangi alanlarda ve ne amaçla kullanıldığı, hangi riskleri de beraberinde getirdiği ve risklere yönelik bilincin kazanılabilmesi için müfredata “Nanoteknoloji ve Nanotıp” alanında zorunlu ders eklenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Meral M, Çolak E. (2002). Marmara Üniversitesi Teknik Eğitim Fakültesi öğretim elemanlarının teknoloji kullanım profili. II. Uluslar arası Eğitim Teknolojileri Sempozyum Kitabı. Sakarya (16-18 Ekim).
2. Aştı T. (2003). Bakım teknolojisinde yenilikler. II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı. Kemer-Antalya (7-11 Eylül).
3. Kaya H. (2003). Hemşirelik eğitiminde değişimler ve gelecek, Hemşirelik Dergisi, XIII (50), 73-79.
4. Kaya H, Bodur G. (2015). “Hemşireliğin Geleceği”: 2050’li Yıllar, F.N. Hem. Dergisi, 23(2):166-173.
5. TÜBİTAK (2004). Ulusal bilim ve teknoloji politikaları 2003-2023 strateji belgesi, http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content.../Vizyon2023_Strateji_Belgesi.pdf (16.04.2016).
6. Işık B, Kaya H. (2011). “Bilgi ve iletişim teknolojilerinin öğretme- öğrenme sürecine entegrasyonunda hemşire eğitimcilerin rolü”, İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 19(3):203-209.
7. Acaroğlu R. (2014). “Revize edilen Hemşirelerin Mesleki Değerleri Ölçeği Türkçe Formu’nun güvenilirlik ve geçerliği”, F. N. Hem. Derg., 22(1): 8-16.
8. Kocafe Ç. (2007). Nanotıp: Yaşam Bilimlerinde Nanoteknoloji Uygulamaları. Hacettepe Tıp Dergisi, 38(1):33-38.
9. Berk S, Akkurt İ. (2012). “Nanopartikül: geleceğin korkulu rüyası”, Tuberk Toraks, 60(2):180-4.
10. Atlı-Şekeroğlu Z. (2013). “Nanoteknolojiden nanogenotoksikolojiye: Kobalt-krom nanopartiküllerinin genotoksik etkisi”. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi, 70(1): 33-42.
11. Yula E, Deveci Ö. (2010). “Nanotıp, mikrodizilimler ve klinik mikrobiyolojide kullanımları”. Dicle Tıp Dergisi, 37(4): 422-428.
12. Şenel F. (2009). Nanotıp. Bilim ve Teknik, 497(1): 79-83.

13. Kuruca B. (2012). "Nanotıp ve nanoteknoloji". Net Bilim Dergisi, 14(1): 17-23.
14. Dağ A. (2014). "Nanoteknolojinin gıdalara uygulanması ve sağlık üzerine etkisi". Beslenme ve Diyet Dergisi, 42(2): 168-174.
15. Kavaklı Ö, Coşkun, H, Şentüre Ç. (2016). Nanoteknoloji ve Sağlık. Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics, 2(1): 64-9.
16. Gök Metin Z, Özdemir L. (2015). "Nanoteknolojinin sağlık alanında kullanımı ve hemşirenin sorumlulukları", Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18(3): 235-243.
17. Dikensoy Ö. (2010). NanoPartiküller ve Plevra. Plevra Bülteni, 4, 7-9.
18. Temel A.B. (2011). "Küreselleşme ve hemşirelik eğitiminde uluslararasılaşma". Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(3): 144-150
19. Canadian Nurses Association (2006). Toward 2020: Visions for nursing, <http://www.cdha.nshealth.ca/towards-2020-visions> (10.03.14).
20. Ay F. (2009). "Uluslararası elektronik hasta kayıt sistemleri, hemşirelik uygulamaları ve bilgisayar ilişkisi". Gülhane Tıp Dergisi, 51(2):131-136.
21. Kurnaz M, Bayraktar G . (2012). "Nanoteknoloji tutum ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerliliği ve Güvenilirliği". Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi, 7 (1), 41-53.
22. Kuzma J, Prest S. (2010). Nanotechnology, risk, and oversight: Learning lessons from related emerging technologies. Risk Analysis, 30(11): 1688-1698. Gököz-Sagun, B. & Akaygün, S. (2014). Üniversiteden Liseye Uzanan Köprü: Bir Nanobilim Atölye Çalışması, Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Dergisi, 31(2):49-71.
23. Akçakaya A, Akgül Y.S, Güneş C, Keleş, M.M, Kuru M, Yılmaz E.B. (2016). "Hemşirelik 4. sınıf öğrencilerinin nanoteknolojinin sağlık alanında kullanımına ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi". Uluslararası Katılımlı 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi bildiriler kitabı içinde (ss:15) [PS-010], Osman Gazi Üniversitesi, Eskişehir, 28-19 Nisan 2016
24. Özdemir A, Orhan E.İ, Çalışkan Z, Karaca S, Demirhan C. (2016). "Hemşirelerin sağlıkta nanoteknoloji kullanımına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi". Uluslararası Katılımlı 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi bildiriler kitabı içinde (ss:79) [PS-70], Osman Gazi Üniversitesi, Eskişehir, 28-19 Nisan 2016.
25. Öner H, Demirdağ H, Akyolcu N, Kanan N. (2016). "Nanoteknolojinin tedavi ve bakım girişimlerine yansımaları", F.N. Hem. Derg., 24(2): 118-126. ISSN 2147-4923
26. Elmarzugi N.A, Keleb E.I, Mohamed A.T, Benyones H.M, Bendala N.M, Mehemed A.I, & Eid A. M. (2014). "Awareness of Libyan Students and Academic Staff Members of Nanotechnology". Journal of Applied Pharmaceutical Science, 4(06): 110-114.
27. Eskici V, Karaman Özlü, Z, Yayla A, Bağdigen M, Arslan B, Günaydınlı S. (2016). "Hemşirelik Öğrencilerinin Nanoteknolojiye Yönelik Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi". Uluslararası Katılımlı 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi bildiriler kitabı içinde (ss:153) [PS-144], Osman Gazi Üniversitesi, Eskişehir, 28-19 Nisan 2016.
28. Denizci Ö.M. (2008) "Bilişim Çağında Nanoteknoloji Olgusu Ve İletişim Sürecine Yansımaları", T.C Marmara Üniversitesi Doktora Tezi.
29. Karagözoğlu Ş. (2008). Hemşirelikte bireysel ve profesyonel özerklik. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 3:41-50.
30. Denat Y, Memiş S. (2006). Hemşirelik eğitiminde yaratıcılığı geliştirme. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 22(1):245-252.

Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi

Examination of Type 2 Diabetics Attitudes and Behaviours Against Care and Treatment

Sakine USTAALİOĞLU¹, Mehtap TAN²

ÖZET

Bu araştırma Tip 2 Diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutum ve davranışlarını incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırma Ocak-Mart 2014 tarihleri arasında Ordu Fatsa Devlet Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Ordu Fatsa Devlet Hastanesi'nde belirtilen tarihler arasında yatarak tedavi gören 120 Tip 2 Diyabet hastası, araştırmanın örneklemini ise; araştırmaya katılmayı kabul eden 110 Tip 2 Diyabet hastası oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında kişisel bilgi formu ve diyabet tutum ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS 16.0 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Cronbach Alpha, bağımsız örnekleme t testi, tek yönlü ANOVA, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Diyabet tutum ölçeği puan ortalaması 3.67 ± 0.36 olarak bulunmuştur. Hastaların bakım ve tedaviye yönelik pozitif tutum sergilediği tespit edilmiştir. Diyabet tutum ölçeği alt gruplarına bakıldığında en yüksek pozitif tutumun gösterildiği Özel Eğitim Gereksinimi alt grubu, en düşük pozitif tutum ise Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti alt grubu olarak belirlenmiştir. Çalışma sonucunda, hastaların sahip oldukları negatif ve pozitif tutumların belirlenmesi vasıtasıyla, negatif tutumların iyileştirilmesi, pozitif tutumların desteklenmesi, diyabette bireysel yönetimin sağlanabilmesi yönünde katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Bakım, Davranış, Diyabette Tutum, Tedavi, Tip 2 Diyabet.

ABSTRACT

It is planned as illustrative with the purpose of investigating Type 2 diabetics attitudes and behaviours against care and treatment.

Study was conducted in the Ordu Fatsa State Hospital between January- March 2014. While population of the study consisted of 120 Type 2 Diabetes in patients who received treatment between specified dates in the Ordu Fatsa State Hospital, sample group of the study consisted of 110 Type 2 Diabetes patients who agreed to participate in the study. Personal information form and diabet scala have been used collecting of datas. The datas have been analyzed with the help of SPSS 16.0 pack programme. Descriptive statistics, Cronbach Alpha, t test in independent-sample, one way ANOVA, Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis test were used in evaluating the data.

The point average of diabetic attitude scala is found as 3.67 ± 0.36 . It is confirmed that the patients present positive attitude towards the cure and the treatment. Considering the subgroups of the diabetic attitude scala, we observed that the highest positive attitude is demonstrated in Special Education Requirement subgroup and the lowest positive attitude is presented in Type 2 Diabetic Seriousness subgroup.

At the end of the examination, it has been thought that by means of finding out the patient's negative and positive manners, curing the negative manners, supporting the positive manners will contribute to assistance in the direction of the individual direction.

Keywords: Care, Behaviour, Manner in Diabetes, Treatment, Type 2 Diabetics.

* Bu çalışma yüksek lisans tezi olarak sunulmuştur.

¹ Hemşire, Ordu Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği, sa_ki_ne@hotmail.com

² Prof. Dr. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, mtan@atauni.edu.tr

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada giderek artmakta olan diyabet günümüzde önemli bir sağlık sorununu oluşturmaktadır. Yaşam tarzındaki değişikliklerle birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde özellikle tip 2 diyabet prevalansı hızla artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelere, gelişmiş ülkelere göç eden topluluklarda diyabet epidemiyasından bahsedilmektedir. 2013 yılı itibari ile dünyadaki diyabet nüfusu 382 milyon iken bu sayının 2035 yılında %55 oranında artarak 592 milyona çıkması beklenmektedir. Bu durumun başlıca nedenleri artan nüfus, yaşlanma ve yaşam tarzındaki değişiklikler sonucu obezite ve fiziksel inaktivitenin artmasıdır.¹

Diyabetes mellitus, insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektler nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sürekli destek, tıbbi bakım ve diyabetlinin öz bakım eğitimlerini gerektiren, kronik seyirli endokrin ve metabolik bir hastalıktır. Hastalığın, akut komplikasyon riskini azaltmak ve kronik komplikasyonlarından korunmak için sağlık çalışanları ve hastaların sürekli eğitimi gereklidir.²

Diyabetli birey, günlük diyabet yönetimini ve kontrolünü başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmesi için yeterli bilgi, beceri ve pozitif tutumlara sahip olması gerekir. Hastaların gösterdikleri olumlu tutum ve davranışlar diyabet tedavisinin temelini oluşturur. Tutumlar uzun süreli duygu, inanç ve davranış eğilimleridir ve bireyseldir. Diyabetli bireyin eğitim öncesinde tutumları ve yanlış olan alışkanlıkları değerlendirilmelidir. Yanlış alışkanlıklar

bilinirse davranışa dönüşmeden düzeltilebilir.^{3,4}

Etkili diyabet yönetimi ve kontrolü bireyin davranış uyumunu gerektirir. Diyabetik bireylerin hastalığa ilişkin inanç ve tutumları ile tedavinin gerekliliği için tanımlanan davranış uyumu arasında anlamlı ilişki vardır.^{5,6}

Özcan (1999) diyabetin yaşam kalitesi üzerine etkisi konusunda negatif bir tutuma sahip olan hastaların diyabet bakımında daha fazla engelle karşılaştıkları ve pozitif tutuma sahip olanlara göre de bakımlarının yetersiz olduğunu, metabolik kontrol düzeylerinin daha kötü olduğunu, HbA1c ve kan basıncılarının da daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Aynı zamanda beden kitle indeksi ile diyabet tutumu arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur.⁷ Daniel ve Messer (2002) pozitif tutuma sahip bireylerin glikoz kontrollerinin, öz bakım becerilerinin, diyabet hakkındaki bilgi düzeylerinin daha iyi olduğunu tespit etmişlerdir.⁶ Hastaların tutumları diyabet bakımını önemli derecede etkilemektedir.^{8,9}

Bu sonuçlar, bireylerin bakım ve tedaviye yönelik tutumlarının değerlendirilmesinin hastalığın yönetiminde ve kontrolünde ne derece önemli olduğunu göstermektedir. Diyabetle başa çıkmak için hastanın iyilik halinin pozitif olmasına, kendi kendine bakım becerilerine, hastalık hakkında geniş bilgiye, sağlığına ve kendine bakım konusunda pozitif tutum göstermesine gereksinim vardır.⁵⁻¹²

Bu çalışma ile diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutum ve davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın evrenini, Ocak-Mart 2014 tarihleri arasında Ordu Fatsa Devlet hastanesinin dahiliye servisinde yatan ve dahiliye polikliniğine başvuran ve tanı süresi bir yıl olan Tip 2 Diyabetli hastalar oluşturmuştur. Örneklemini ise bu tarihler arasında araştırmaya katılma kriterlerini sağlayan 110 hasta oluşturmuştur.

Kriterler; 18-65 yaş arasında olmak, okuryazar olan, iletişime ve işbirliğine açık olmak, tanılanmış psikiyatrik bozukluğu olmamak, çalışmaya katılmayı kabul etmek.

Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında kişisel bilgi formu ve Diyabet Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Veriler, klinikte hastalar araştırmayla ilgili bilgilendirildikten ve sözel onam alındıktan sonra kendi kendine doldurma yöntemi ile toplanmıştır.

Veri toplama araçları

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan formda hastaların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, boy, kilo, cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi, ekonomik durum, eğitim durumu, meslek, aile tipi, ailedeki birey sayısı) ve diyabete yönelik tutum ve davranışlarını (hastalık süresi, ailedeki şeker hastalığı durumu, diyet uyum, egzersiz durumu, kan şekeri kontrol durumu, kontrol sıklığı, hastalıkla ilgili bilgi alma durumu, hastalık bilgisini kimden aldığı) içeren sorular yer almaktadır.

Diyabet Tutum Ölçeği

Amerika'da Ulusal Diyabet Komisyonu tarafından geliştirilen DTÖ'nün Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özcan (1999) tarafından gerçekleştirilmiştir.⁷ Alt grupların test-tekrar korelasyon katsayıları 0.52-0.93, Cronbach's Alpha değerleri ise 0.61-0.93 sınırları arasındadır.

Alt grupların ölçek toplam puanı ile korelasyonları değerlendirilmiş ve 0.39-0.94 sınırları arasında olduğu bulunmuştur. Ölçek maddelerinin ölçek toplam puanı ile korelasyonları 0.38-0.80 değerleri arasındadır. Sonuç olarak geçerlik-güvenirlik çalışmasında korelasyon katsayıları 0.30'dan yüksek, test-tekrar test ve Cronbach Alpha değerleri genel olarak fazla bulunmuştur.⁷ Diyabet bakım ekibi ve diyabetli bireyler olmak üzere iki farklı gruba uygulanabilen ölçek, bu iki grubun tutumlarının değerlendirilmesini sağlar. Bununla birlikte DTÖ, diyabet eğitim programlarının etkisini, eğitimin etkinliğinde hasta tutumunun önemini ve tutum ile davranış arasındaki ilişkiyi açıklamak için kullanılabilir. DTÖ'nün içerdiği 7 alt grup; özel eğitim gereksinimi, hasta uyumuna karşı tutum, Tip 2 diyabetin ciddiyeti, kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar, hastanın yaşamına diyabetin etkisi, hasta otonomisine karşı tutum ve ekip bakımına karşı tutumdur. Özel eğitim gereksinimi alt grubu 1, 8, 9, 13, 26, 28, 30, hasta uyumuna karşı tutum alt grubu 4, 15, 19, 22, 27, 29, Tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubu 5, 6, 12, kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar alt grubu 10, 17, 24, 34, hastanın yaşamına diyabetin etkisi alt grubu 2, 11, 14, 18, 21, hasta otonomisine karşı tutum alt grubu 3, 7, 25, 31, 33 ve ekip bakımına karşı tutum alt grubu 16, 20, 23, 32 numaralı soruları içermektedir. Alt grupların madde sayısı 3 ile 7 arasında değişmektedir. Ölçek maddeleri 1'den 5'e kadar değişen, likert tipi puanlama ile puanlanmıştır. Puan > 3 ise pozitif tutum, puan ≤ 3 ise negatif tutumu ifade etmektedir. Puanın 5'e doğru artışı veya 1'e doğru düşüşü o yöndeki tutumu güçlendirmektedir. DTÖ'nün her bir alt grubu oluşturan tüm madde puanlarının toplanarak alt grup madde 31 sayısına bölünmesi ile o bireyin alt gruba ait, 1 ile 5 arasında değişen tutum puanı hesaplanmaktadır. Aynı şekilde ölçekteki tüm maddelerin puanlarının toplanarak 34'e

bölünmesi ile genel olarak diyabet tutum puanı hesaplanmaktadır. Ölçek toplam puanının yorumlanması da madde puanlarının yorumlanmasına benzemektedir. Ölçek puanı > 3 ise pozitif tutumu, ölçek puanı ≤ 3 ise negatif tutumu ifade etmekte ve puanın artışı veya düşüşü o yöndeki tutumu güçlendirmektedir. Ölçek kendi kendine doldurma yöntemi ile uygulanır.⁵

Verilerin Değerlendirilmesi

Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler, hastalıkla ilgili veriler, diyabet tutum

ölçeğine ait veriler SPSS'de yüzdeler, ortalama, min-max değerler ve standart sapma ile değerlendirildi. Tanıtıcı ve hastalıkla ilgili özelliklerin diyabet tutum ölçeği alt grupları ile karşılaştırılmasında bağımsız örnekleme t testi ve tek yönlü ANOVA kullanılmıştır. Diyabet tutum ölçeği alt gruplarının güvenilirlik analizinde Cronbach Alpha değerine bakılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,01$ ve $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Diyabetli hastaların %72,7'sinin kadın, %27,3'ünün erkek, %90,9'unun evli, %90,9'unun ilkököl mezunu, %34,5'inin fazla kilolu, %77,3'nün orta gelirli, %68,2'sinin ev hanımı, %70,9'nun çekirdek aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur. Grubun yaş ortalaması 53,99±7,75'tir (Tablo 1).

Hastaların diyabet süresi %29,1'inin 1-5 yıl, %41,8'inin 6-10 yıl, %10,9'unun 11-15 yıl, %15,5'inin 16-20 yıl, %2,7'sinin 21 ve üzerindedir. Hastaların %64,5'inin ailesinde

diyabet hastalığı olduğu ve %9,8'inin I.derece akrabalarından oluştuğu belirlenmiştir. Kan şekerini kontrol eden hastaların oranı %59,1'dir. Araştırmaya katılanların kontrole gitme sıklığı %29,1'i ayda 1 kez, %9,1'i 2 ayda 1 kez, %9,1'i 3 ayda 1 kez, %16,4'ü 6 ayda 1 kez, %2,7'si 12 ayda 1 kez, %33,6'sı ise düzenli kontrole gitmediği saptanmıştır. Hastaların %60,9'u diyabet eğitimi almıştır (Tablo 2).

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Diyabet Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Sosyo Demografik Özellikler	Sayı	%	Diyabet Tutum Ölçeği Ort±SS	İstatistiksel Değer
Yaş				
< 40	3	2,8	3,89±0,24	
40-50	33	30	3,67±0,61	F=1,65
51-60	46	41,8	3,72±0,29	p>0,05
> 65	28	25,5	3,55±0,48	
Cinsiyet				
Kadın	80	72,7	3,70±0,32	t=1,65
Erkek	30	27,3	3,57±0,44	p<0,05
Medeni durum				
Evli	100	90,9	3,65±0,36	MWU=5,47
Bekar	10	9,1	3,77±0,26	p>0,05
Beden Kitle İndeksi				
Normal	25	22,7	3,65±0,39	
Fazla kilolu	38	34,6	3,58±0,40	F=1,01
I.Derece obez	33	30,0	3,75±0,32	p>0,05
II.derece obez	11	10,0	3,73±0,24	
III.derece morbid obez	3	2,7	3,70±0,13	
Ekonomik Durum				
İyi	7	6,4	3,74±0,24	F= 0,77
Orta	85	77,3	3,64±0,39	p>0,05
Kötü	18	16,3	3,75±0,22	
Eğitim Düzeyi				
İlkököl	100	90,9	3,68±0,34	KW=5,72
Ortaokul	7	6,4	3,32±0,48	p<0,05
Lise	3	2,7	3,92±0,23	
Meslek				
İşçi	14	10,9	3,28±0,51	
Memur	4	5,5	3,70±0,16	F=5,50
Emekli	3	2,7	3,88±0,01	p<0,001
Serbest meslek	14	12,7	3,72±0,25	
Ev hanımı	75	68,2	3,72±0,31	
Aile Tipi				
Çekirdek aile	78	70,9	3,71±0,33	F=3,35
Geniş aile	30	27,3	3,53±0,41	p<=0,05
Parçalanmış aile	2	1,8	3,86±0,16	

U: MannWhitney U, KW: Kruskal Wallis

Tablo 2. Hastalığa Ait Özellikler ile Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması (n=110)

Hastalıkla İlgili Özellikler	Sayı	%	Diyabet Tutum Ölçeği Ort±SS	İstatistiksel değer
Diyabet Süresi				
1-5	32	29,1	3,68±0,26	F= 1,89 p>0,05
6-10	46	41,8	3,67±0,41	
11-15	12	10,9	3,46±0,46	
16-20	17	15,5	3,69±0,21	
21 ve üzeri	3	2,7	4,06±0,32	
Ailede Diyabet Varlığı				
Evet	71	64,5	3,72±0,28	t= 2,04
Hayır	39	35,5	3,57±0,45	p<0,001
Hastanın Diyete Uyum Durumu				
Evet	40	36,4	3,76±0,24	F= 6,72
Hayır	33	30,0	3,48±0,49	p<0,01
Bazen	37	33,6	3,73±0,26	
Spor Yapma Durumu				
Evet	15	13,6	3,83±0,14	F= 2,25
Hayır	74	67,3	3,62±0,39	p>0,05
Bazen	21	19,1	3,71±0,29	
Kontrolle Gitme Durumu				
Ayda 1 kez	32	29,1	3,72±0,22	F= 2,21 p>0,05
2 ayda 1 kez	10	9,1	3,75±0,22	
3 ayda 1 kez	10	9,1	3,75±0,40	
6 ayda 1 kez	18	16,4	3,42±0,51	
12 ayda 1 kez	3	2,7	3,65±0,15	
Düzenli gitmiyor	17	33,6	3,70±0,36	
Diyabet Eğitimi Alma Durumu				
Evet	67	60,9	3,65±0,41	t= -0,70
Hayır	43	39,1	3,70±0,26	p<0,05

Tablo 3'te diyabet tutum ölçeği alt grupların puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Ortalamaların 3 puan veya altında olması negatif tutumu, 3 puanın üzerinde olması pozitif tutumu ifade etmektedir. Puanlar 3,11±0,74 ile 4,22±0,39 arasında değişmektedir. Diyabet tutum ölçeğini genel olarak değerlendirildiğinde, ölçek total puanın 3,67±0,36 olduğu ve orta düzeyde pozitif tutum sergilendiği saptanmıştır. Şahin'in (2015) ve Akaltun ve arkadaşlarının (2016)'nın çalışmalarında da hastaların pozitif tutum gösterdikleri ifade edilmiştir.^{13,14}

En güçlü pozitif tutumun sergilendiği alt boyut özel eğitim gereksinimi alt boyutudur (Tablo 3). Bu alt boyutta diyabet hastalarına bakım veren sağlık ekibinin diyabet ve yönetimi hakkında özel bir eğitim almaları konusunda hastaların tutumları

sorgulanmaktadır. Daha önce yapılan çalışmalarda en yüksek pozitif tutum gösteren alt grup özel eğitim gereksinimi alt grubudur. Çalışmanın sonucu daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.^{5,8-10,12-19}

Hastaların sağlık ekibi üyelerinin özel bilgi ve beceriye sahip olmalarını istediklerini bu bağlamda, sağlık ekibi üyeleri için düzenlenen eğitimlerin iyileştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanmasını söyleyebiliriz.

Tablo 3. Hastaların Diyabet Tutum Ölçeği (DTÖ) Alt Gruplarına Ait Ortalamalarının Dağılımı (n=110)

Diyabet Tutum Ölçeği Boyutları	Alt Ort± SS
Özel eğitim gereksinimi	4,22±0,39
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	3,60±0,62
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	3,11±0,74
Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	3,40±0,56
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	3,58±0,73
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	4,17±0,35
Ekip Bakımına Karşı Tutum	3,59±0,44
Diyabet Tutumu Ölçeği Total Puanı	3,67±0,36

En düşük pozitif tutum gösterilen alt grup tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubudur (Tablo 3). Bu alt gruptaki sorular insülinle ilgili olan sorulardır. Diyabetli bireyler insüline bağımlı olmayan diyabeti daha az dikkate almaktadırlar. Bu sonuç diyabet kontrolünü zorlaştırabilmektedir ve negatif tutuma neden olabilmektedir. İnsüline bağımlılık hastalığının daha da kötüye gitmesi veya insülin nedeniyle hastaların yaşamlarının daha da azalacağı ve diğer kişilerin hastaya farklı davranacağı gibi düşünceler ortaya çıkarabilir. Özcan tarafından yapılan çalışmada en düşük pozitif tutum olarak tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubuna ait olduğu belirlenmiştir.⁷ Yine Çelik'in (2002) çalışmasında en zayıf pozitif tutumun tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutuna ait olduğu görülmüştür.⁵ Peyrot ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada hastaların insüline ilişkin tutumları incelenmiştir ve Amerikalı hastaların tüm diğer ülkelerdeki (Almanya, Japonya, İskandinav ülkeleri, İspanya) hastalardan insülin etkinliğine daha az inandıkları belirlenmiştir.²⁰ Yapılan bazı çalışmalarda da en düşük pozitif tutum sergilenen alt grup tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubudur.^{8,10,12-15}

Hastaların yaş, medeni durum ve ekonomik durumları ile diyabet tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel

olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 1). Hastaların cinsiyetleri ile diyabet tutumu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ve kadınların erkeklere göre daha fazla pozitif tutuma sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1). Johnson ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada kadınların erkeklerden Tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubunda daha yüksek puan aldığı görülmüştür.²¹ Diyabet tutumu ile hastaların medeni durumları arasındaki ilişki incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 1). Javanshir'in (2006) yaptığı çalışmada hastaların diyabet tutumunun medeni durumlarına göre anlamlı fark olmadığı görülmüştür.⁹ Bu araştırmanın bulgusu daha önce yapılan araştırma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Eğitim düzeyi ile diyabet tutumu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Tablo 1). Lise mezunu diyabetliler ilköğretim ve ortaokul mezunlarına göre daha fazla pozitif tutum sergilemişlerdir. Hasta uyumuna karşı tutum ve hastanın yaşamına diyabetin etkisi alt gruplarında da lise mezunları, ilköğretim mezunlarına göre daha fazla pozitif tutum göstermiştir. Elkoca'nın (2010) yaptığı çalışmada da diyabet tutumunun eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde hasta uyumuna karşı tutum alt grubunda ilköğretim mezunlarının daha fazla pozitif tutum sergilediği görülmüştür.¹⁰ Aynı zamanda kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar alt grubunda ilköğretim mezunlarının daha yüksek pozitif tutuma sahip olduğu saptanmıştır. Kartal ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında diyabet tutumu eğitim düzeyine göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.¹²

Hastaların ekonomik durumları ile diyabet tutumları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Tüm gruplarda hastalar pozitif tutuma sahiptir (Tablo 1). Javanshir'in (2006) çalışmasında

hastaların ekonomik durumlarına göre diyabet tutumları değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.⁹

Çalışmaya alınan hastaların diyabet süresi ile diyabet tutumları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur (Tablo 2). Çalışmadan elde edilen sonuçlar daha önce yapılan araştırma sonuçlarıyla benzer bulunmuştur.^{10,12} Diyabet tutumları ile ailede diyabet varlığı arasındaki ilişki karşılaştırıldığında ailesinde diyabet olanların daha fazla pozitif tutum sergilediği görülmüştür (Tablo 2). Sonuç olarak hastaların ailelerinde diyabetli bireylerin olmasının hastaların hastalıkla ilgili bilgi düzeylerine ve tecrübelerine olumlu katkı sağlayarak sonucu pozitif yönde etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Çalışmadan elde edilen bu sonuç daha önce yapılan araştırma sonuçlarıyla benzer bulunmuştur.^{5,8,9}

Hastaların diyetle uyum durumları ile diyabet tutumları karşılaştırıldığında diyetle uyumu olanların daha fazla pozitif tutuma sahip oldukları ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Diyet diyabet tedavisinde son derece önemli bir yere sahiptir.

Hastaların diyabet eğitimi ile diyabet tutumları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuş olup, diyabet eğitimi alanlar almayanlara göre daha az pozitif tutum sergilemiştir (Tablo 2). Upadhyay ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada hastaların bilgi düzeyi ile diyabete ilişkin tutumları arasında pozitif ilişki olduğunu, diyabet bilgisi iyi olan bireylerin hastalığa ilişkin tutumlarının da iyi olduğunu saptamışlardır.²² Araştırma sonucu daha önce yapılan çalışma bulguları ile benzerlik göstermemektedir.^{9,11,23} Bu sonuç hastaların aldıkları eğitimin yeterli olmadığını düşündürmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutum ve davranışlarını incelemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçlarında; Tüm hastaların DTÖ' ye göre orta düzeyde pozitif tutuma sahip olduğu görülmüştür. En yüksek pozitif tutum gösterilen alt grup özel eğitim gereksinimi, en düşük pozitif tutum gösterilen alt grup ise tip 2 diyabetin ciddiyeti alt grubudur. Kadın, lise mezunu, ailede diyabetli hastası olan ve diyetle uyumlu olan hastaların, diyabet tutum puan ortalamaları yüksek olup, diyabet yönetimine uyumlarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak; Hastaların diyabete yönelik pozitif tutuma sahip oldukları, hastaların özel

eğitime gereksinim duydukları, insülin kullanmayan hastaların ise hastalığı önemsemedikleri saptanmıştır. İnsüline bağımlı olmayan hastaların hastalığı daha hafif kabul etmeleri hastalığın kontrolünü olumsuz etkilemektedir. Ayrıca hastalar bakımlarından sorumlu olan sağlık ekibinin hastalıkları ile ilgili özel bilgi ve beceri ile donanmış olmasını istedikleri tespit edilmiştir. Diyabet eğitimi, diyabet tutumunu iyileştirmede önemli bir faktördür. Bundan dolayı eğitimlerin hedef gruplarda belirlenen gereksinimler doğrultusunda planlanması ve sürekli olması, ayrıca bu konuyla ilgili daha geniş evren ile çalışma yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. <http://www.idf.org/diabetesatlas>. 13 Kasım 2015.
2. Gündođdu, AS. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ). (2013). Diyabetes mellitüs ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem klavuz, 6. Baskı. Ankara, Grafik Tasarım ve Yayın Hizmetleri.
3. Brunner, LS., Suddarth, DS. (2004). Textbook of Medical Surgical Nursing, 10th ed. Tahrán.
4. Yanık, Y. (2011). Tip 2 diyabetlilerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
5. Çelik, S. (2002). Tip 2 diyabetli hastaların bakıma ve tedaviye yönelik tutumlarının ve iyilik hallerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
6. Daniel, M., Messer, LC. (2002). Perception of disease severity and barriers to self care predict glysemic control in aboriginal persons with type 2 diabetes mellitus, *Chronic Diseases in Canada*, 23(5): 130-128.
7. Özcan, Ş. (1999). Diyabetli hastalarda hastalığa uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
8. Hjelm, K., Bard, K., Nyberg, P., Apelqvist, J. (2003). Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden, *International Journal of Nursing Studies*, 40(1): 627-643.
9. Javanshir, M. (2006). Tip 1 ve Tip 2 diyabetli hastaların diyabet tutumlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
10. Elkoca, A. (2010). Tip 2 diyabetli hastaların hastalığa karşı tutumları ve problem alanları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
11. Mollaođlu, M., Özkan, F., Fertelli, T., Çelik, Z. (2010). Diyabet eğitim programının, diyabetik hastaların tutumları üzerine etkisi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 5(3): 95-105.
12. Kartal, A., Çađırđan, G., Tığlı, H., Güngör, Y., Karakuş, N., Gelen, M. (2008). Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7(4): 223-230.
13. Şahin, Z. (2015). Tip 2 diyabetli hastaların, hastalığa karşı tutumu ve problem alanları arasındaki ilişki, *ODÜ Tıp Dergisi / ODU Journal of Medicine*. 2:134-138
14. Akaltun, H., Ersin, F. (2016). Evde Bakım Hizmeti Alan Diyabetli Hastaların Diyabet Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi, *DEUHFED*. 9(4): 126-133
15. Mollaođlu, M., Beyazıt, E. (2009). Influence of diabetic education on patient metabolic control, *Applied Nurse Research*. 22(4):183-190.
16. Ubeyli, ED. (2009). Medical informatics: a model developed for diabetes education via telemedicine. *Journal of Medical System*. 33(2):113-119.
17. İnkaya, B., Karadağ, E. (2011). Tip 2 diyabetli bireylerin hastalıkları ve tedavilerine yönelik tutumlarını etkileyen faktörler, *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*. 3(1):7-14
18. Papadopoulou, A.A., Kontodimopoulos, N. (2007). Predictors of health-related quality of life in type 2 diabetic patients in Greece, *BMC Public Health*. 7(2):186-194.
19. Anderson, RM., Fitzgerald, JT., Funnel, MM., Gruppen, LD. (1998). The third version of the diabetes attitude scale, *Clinical Care*, 21(8): 1403-1407.
20. Peyrot, M., Rubin, RR., Lauritzen, T., Skovlund, SE., Snoek, FJ., Matthews, DR., Landgraf, R. Kleibnebreil, L. (2005). Resistance to insulin therapy among patients and providers, *Diabetes Care*, 28(7): 2673-2679.
21. Johnson, C. Whetstone, WR. (2005). Assessing transcultural attitudes towards diabetes in Trinidad, *Journal of National Black Nurses Association*, 16(9): 15-9.
22. Upadhyay, D., Palaian, S., Shankar, PR., Mishra, P. (2008). Knowledge, attitude and practice about diabetes among diabetes patients in western Nepal, *Rawal Medical Journal*, 33(8): 8-11.
23. Sivrikaya, S., Ergüney, S. (2009). The effect of planned education given to the patients with Type-2 diabetes mellitus on the attitudes, well-being and metabolic control variables of the patients. *Diyabet, Obezite Ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*. 1(2): 40-45.

Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi

The Effects of Daily Life Activity Levels on the Quality of Life and Life Satisfaction of Elderly

Hülya KANKAYA¹, Ayfer KARADAKOVAN²

ÖZET

Araştırmanın amacı; yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna üzerine olan etkisini belirlemektir. Araştırmanın örneklemini 92 yaşlı birey oluşturmaktadır. Veriler; Yaşlı Birey Tanıtım Formu, Barthel İndeksi, Nottingham Sağlık Profili, Yaşam Doyumu Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. İstatistiksel analiz; aritmetik ortalama, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi, Pearson ve Spearman korelasyon katsayısı analizi ile değerlendirilmiştir. Yaşlıların Barthel İndeksi puan ortalamasının 78,02±24,07; Yaşam Doyumu Ölçeği puan ortalamasının ise 21,89±5,87 olduğu, Barthel İndeksi puan ortalamasına göre; %45,7'sinin orta derece bağımlı olduğu, yaşam doyumlarının ise genel olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitelerinin değerlendirildiği Nottingham Sağlık Profili toplam puan ortalamasının 230,19±120,59 olduğu, en yüksek ortalamanın "Enerji" alanında (54,57±32,66), en düşük ortalamanın "Sosyal izolasyon" alanında (23,33±26,42) olduğu, buna göre; yaşam kalitelerinin "Sosyal izolasyon" alanında en iyi, "Enerji" alanında en kötü olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre; bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam doyumunda artmakta, yaşam kalitesinin tüm alt boyut ve toplamındaki iyilik hali arttıkça yaşam doyumunda artmakta, bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ve toplamındaki iyilik hali artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Günlük yaşam aktiviteleri, Yaşam doyumuna, Yaşam kalitesi

ABSTRACT

The purpose of this study is to determine the effects of daily life activities on the quality of life and life satisfaction of elderly. The study sample included 92 elderly. Study data were collected with an "Personal Information Form", "Barthel Index", "Nottingham Healty Profile", "Life Satisfaction Questionnaire". Statistically analyzed with arithmetic mean, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis, Pearson/Spearman correlation coefficients. It was found that the mean score of Barthel Index was 78.02±24.07 and Life Satisfaction Questionnaire was 21.89±5.87. It was reported that 45.7% of the participants were moderately dependent and Life Satisfaction Questionnaire scores were relatively high. The mean score of Nottingham Healty Profile was 230.19±120.59 and the energy subdimension mean score was the highest (54.57±32.66) while social isolation subdimension had the lowest mean score (23.33±26.42), which suggested that the quality of life of aged people was the best in social isolation subdimension and the worst in energy subdimension. It was reported that life satisfaction was increased with independence levels and with higher subdimension and total scores of quality of life. It was also pointed out that all subdimension and total mean scores of quality of life increased with independence levels.

Keywords: Elderly, Daily Life Activity, Life Satisfaction, Quality of Life

15-19 Ekim 2014 tarihleri arasında Antalya'da düzenlenen 16. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi'nde (Hemşirelik) poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹Ar. Gör. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

²Prof. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlanma; zamanın ilerlemesiyle organizmada geriye dönüşümü olmayan fonksiyonel değişimdir. Bu değişimle fiziksel ve bilişsel fonksiyonlar gerilemekte, bireyin sistemler arası denge kurma potansiyeli azalmaktadır.¹⁻² “Yaşlılık” ise; “yaşlı olma, artmış yaşın etkilerini gösterme hali” olarak tanımlanmaktadır.³

Doğurganlık ve mortalite hızının azalması, teknoloji ile gelişen yaşam koşulları ve sağlık hizmetleri ile birlikte özellikle Avrupa ülkelerinde görülen beklenen yaşam süresindeki 20 yıllık artışın, 2050’de 10 yıl daha fazla olacağı düşünülmektedir.⁴⁻⁶ Ülkemizde yaşlı nüfus 2015 yılı verilerine göre 6 milyon 495 bin 239 kişidir. Yaşlı nüfusun normal nüfusa oranı %8,2 olmakta birlikte, yaşlı nüfusun %43,8’ini erkekler, %56,2’sini kadınlar oluşturmaktadır.⁷

Yaşlanmakta olan bireylerin en önemli istekleri, yürüyüş, merdiven çıkma, bulunduğu yerden kalkma gibi günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yardıma gereksinim duymadan yapabilmektir. Ancak yaşlanma ile birlikte, kardiyovasküler, kas iskelet ve nöromusküler yapılarda görülen değişimler bu işlevleri güç hale getirmekte, yaşlıların GYA’leri azalmakta ya da engellenmekte ve beraberinde bağımsızlıklarını kaybetmeye başlamaktadırlar.⁸⁻¹⁰

Yaşam kalitesi; “bireyin kendi yaşamını, kültürel değerleri kapsamında, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgi alanları dahilinde algıladığı durumdur”.¹¹⁻¹² Yaşlılarda yıllar geçtikçe görülmeye başlayan fiziksel ve bilişsel yetersizlikler, yetersizliğe neden olan kronik hastalıklar ve beraberinde yaşam beklentisinin azalması, sosyalleşme güçlükleri, sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin sorunlar yaşlıların yaşam kalitesini oldukça etkilemekte, tedavi ve

bakımlarının sürdürülmesinde önemli olan değişkenlerdir.¹³⁻¹⁶

Yaşam doyumu (memnuniyeti), “bireyin istediği ile sahip olduklarının karşılaştırılmasıyla elde edilen durum ya da sonuç”tur. Yaşam doyumu, “belirli bir duruma ilişkin doyum değil, genel olarak tüm yaşantıdaki doyumu, mutluluk, moral vb. gibi farklı yönden iyi olma halini” ifade eder.¹⁷ Yaşlılarda yaşam doyumu; kişilik özellikleri, fiziksel olanaklar ve baş etme yöntemleri gibi birçok etmenin faktörlerin bir araya gelmesi ile ilişkilidir.^{1,7} Yaşam kalitesi ile yaşam doyumu birbirlerine oldukça yakın kavramlardır ve kullanımlarında karıştırılabilmektedir. Yaşam doyumu, “yaşam kalitesinin bir iyilik hali ölçümü” olarak tanımlanabilir.¹⁸⁻¹⁹

Dünya nüfusunun yaşlanması ile birlikte, yaşlılarda “yaşam kalitesi” ve “yaşam doyumu” kavramları daha çok önemli hale gelmeye başlamıştır. Yapılan çalışmalarda, yaşlı bireylerde cinsiyet (kadın olma), depresyon, fonksiyonel durum, mali durum, sosyal destek, günlük yaşam aktivite performansı gibi değişkenlerin yaşam kalitesi ve doyumu üzerinde etkili olduğu görülmektedir.^{6,12,17-24} Bununla birlikte performans, fonksiyonellik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki, bunlardan hangisinin yaşam kalitesini daha fazla etkilediğini gösteren çalışmaların özellikle ülkemizde nadir olduğu görülmüştür.²⁵⁻²⁹ Bunlar göz önüne alındığında, çalışmamızın ülkemizdeki yaşlıların yaşam kalitesi ve doyumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve geliştirilmesinde önceliklerin planlanmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Araştırmanın amacı; yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumu üzerine olan etkisini belirlemektir.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Şekli

Araştırma, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivite düzeylerinin, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu üzerine olan etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini; bir üniversite hastanesinin İç Hastalıkları ve Nöroloji Kliniği'nde yatarak tedavi gören 65 yaş ve üzerindeki yaşlı bireyler, örneklemini ise; Nisan-Eylül 2012 tarihleri arasında, belirlenen kliniklerde yatan, araştırmaya katılmayı kabul eden 65 yaş ve üzeri 92 yaşlı birey oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, yaşlı bireylerin demografik özelliklerini içeren “Yaşlı Birey Tanıtım Formu”, günlük yaşam aktivite düzeylerini belirlemek için “Barthel İndeksi-Bİ”, yaşam kalitesini değerlendirmek için “Nottingham Sağlık Profili-NSP” ve yaşam doyumunu değerlendirmek amacıyla “Yaşam Doyumu Ölçeği-YDÖ” kullanılarak toplanmıştır.

Yaşlı Birey Tanıtım Formu: Form, yaşlı bireylerin yaş, yaş grubu, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşanan ortam, kronik hastalık durumu, sayısı, yardımcı cihaz kullanımı ve sosyal güvence varlığını içeren 10 sorudan oluşmaktadır.

Barthel İndeksi-Bİ: Mahoney ve Barthel tarafından 1965 yılında geliştirilen indeks, Shah ve arkadaşları tarafından (1992) modifiye edilmiştir. İndeksin Türkçe versiyonu Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından (2000) düzenlenmiştir.³⁰ Bu ölçek beslenme, yıkanma, öz bakımını yapabilmek, giyinme, dışkılama kontrolü, idrar kontrolü, tuvalete gitme, yataktan tekerlekli sandalyeye geçebilme yetisi, yürüme ya da tekerlekli sandalyeye bağımlı olma gibi hareketlilik durumu ve merdiven çıkma işlevlerini, 5-15 puan üzerinden (soruya göre 5 puanlık artışlarla 0-15 puan arası) derecelendiren toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçekle yapılan değerlendirmede temel amaç,

hastanın herhangi bir fiziksel, sözel yardım almaksızın bağımsız olarak tek başına bu eylemleri ne düzeyde yaptığını saptayabilmektir. Hastanın doğrudan test edilmesi zorunlu olmayıp, doğrudan gözlem, hastadan, hasta yakınlarından ya da bakımı ile ilgilenen hastabakıcı ya da hemşireden elde edilen bilgiler ışığında da değerlendirme yapılabilir. Alınabilecek puanın 0-100 arası olduğu bu ölçekte, skorun yüksekliği hastanın o derece diğer insanlardan bağımsız olduğu, kendi işini yürütebildiği anlamına gelir (0-20 puan tam bağımlı, 21-61 puan ileri derece bağımlı, 62-90 puan orta derece bağımlı, 91-99 puan hafif derece bağımlı, 100 puan tam bağımsız).^{15,30-31}

Nottingham Sağlık Profili-NHP: NHP, bireylerin sağlık sorunlarını ve bu sorunların gerçekleştirdikleri günlük aktivitelerini nasıl etkilediğini değerlendiren bir ölçüm aracıdır. NHP, İngiltere'de (1985) geliştirilmiş³² ve birçok dile çevrilmiştir. Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından (2000), Türkçe versiyonu düzenlenmiş, osteoartritli hastalarda geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır.³³ NHP yaşlı bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılmaktadır.^{12,32} Ölçek, 6 boyut, toplam 38 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar: Enerji (3 madde), ağrı (8 madde), emosyonel reaksiyonlar (9 madde), uyku (5 madde), sosyal izolasyon (5 madde) ve fiziksel aktivite (8 madde). Yanıtlar evet/hayır şeklindedir. Her bir sorunun puan ağırlığı farklıdır. Her alan 0-100 arasında puanlandırılır. Puan arttıkça sağlık durumu kötüleşir.^{12,19}

Yaşam Doyumu Ölçeği-YDÖ: YDÖ, 1985 yılında Deiner ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.³⁴ Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliği Durak ve arkadaşları tarafından (2010) yapılmıştır.³⁵ Ölçek, toplam 5 maddedir. Değerlendirme, 7 puan üzerinden ve likert tiptedir. En düşük puan 7, en yüksek puan 35'tir. Puanın artması bireyin yaşam doyumunun arttığını göstermektedir.^{12,19}

Veri Toplama

Veri toplama araçları Nisan-Eylül 2012 tarihleri arasında hastalara buldukları kliniklerde, gerekli açıklamalar yapıldıktan ve yazılı izin alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. Her hasta için ortalama 15 dakika zaman ayrılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analiz SPSS 17.0 paket programında yapılmıştır. Ortaya çıkan sosyo-demografik veriler sayı ve yüzde dağılımlarıyla verilmiştir. Yaş ve ölçek puan ortalamaları aritmetik ortalama \pm standart sapma ($X \pm SD$) olarak verilmiş, bağımsız değişkenlerin ölçek puan ortalamalarına olan etkisini belirlemede; iki seçenekli değişkenler için; non-parametrik istatistiksel yöntemlerden Mann Whitney U, ikiden fazla seçenekli değişkenler için; Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Günlük yaşam aktivite düzeylerinin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam doyumu üzerine etkisi; Pearson ve

Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir.

Yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu, birlikte yaşadığı bireyler, gelir durumu ve bağımlılık düzeyleri arasındaki farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni testi uygulanmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu'ndan kurul izni (Ek-I), veri toplama araçlarının Türkçe versiyonlarının güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarını yapan yazarlarından yazılı kullanım izni (Ek-II), araştırmanın yapıldığı kliniklerden yazılı izin (Ek-III) alınmış, araştırmaya katılan yaşlı bireylerden ise yazılı onam alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmacı sayısı ve araştırma süresinin sınırlı olması, yaşlı bireylerden araştırmaya katılmaya gönüllü olan birey sayısının az olması araştırmanın sınırlılıkları içerisinde yer almaktadır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaş ortalaması $71,54 \pm 6,63$ yaş, birçoğu 65-74 yaş grubunda, kadın, evli olup, eşi ile birlikte yaşadıklarını, yaklaşık yarısı ise ilköğretim mezunu olduğunu ifade etmiştir. Yaşlıların %85,9'unun başta hipertansiyon ve DM

olmak üzere kronik hastalığı olduğu, %81,5'inin başta antihipertansif ve antidiyabetik ilaçlar olmak üzere ilaç kullandığı, %84,8'inin ise başta gözlük ve baston olmak üzere yardımcı cihaz kullandığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Yaşlı Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri (n=92)

Özellikler	Sayı	%	
Yaş grubu	65-74 yaş	66	71,7
	75-84 yaş	20	21,8
	85 ve üzeri yaş	6	6,5
Cinsiyet	Kadın	60	65,2
	Erkek	32	34,8
Medeni durum	Evli	58	63,0
	Bekar	34	37,0
Eğitim durumu	Okuryazar değil	16	17,4
	Okuryazar	6	6,5
	İlköğretim	43	46,7
	Lise	12	13,0
	Üniversite	15	16,3
Birlikte yaşadığı bireyler	Eşi ile birlikte	58	63,0
	Çocuklarıyla aynı evde	17	18,5
	Yalnız	17	18,5
Gelir durumu	İyi	28	30,4
	Orta	60	65,2
	Kötü	4	4,3
Kronik hastalıklar*	Diabetes Mellitus	43	46,7
	Hipertansiyon	56	60,9
	Nörolojik sistem hastalığı	8	8,7
	Romatolojik hastalıklar	25	27,2
	Hiperlipidemi	13	14,1
	Kardiyovasküler sistem hastalıkları	18	19,6
	Böbrek hastalıkları	5	5,4
	Solunum sistemi hastalıkları	7	7,6
	Tiroid hastalıkları	5	5,4
	Tekerlekli sandalye	9	9,8
Yardımcı cihaz kullanım durumu**	Gözlük	47	51,1
	Baston	29	31,5
	Walker	5	5,4
	Kulaklık	1	1,1
İlaçlar***	Antidiyabetik	40	43,5
	Antihipertansif	54	58,7
	Nörolojik sisteme ait ilaçlar	5	5,4
	Antikoagülan/Antiagregan	13	14,1
	Statin grubu ilaçlar	12	13,0
	Diğer kardiyovasküler ilaçlar	9	9,8
	Kortikosteroidler	11	12,0
	Solunum sistemine ait ilaçlar	3	3,3
	Tiroid preparatları	5	5,4
Antidepresanlar	3	3,3	

* Birden fazla kronik hastalığı olan yaşlı bireyler,

** Birden fazla yardımcı cihaz kullanan yaşlı bireyler,

*** Birden fazla ilaç kullanan yaşlı bireyler

Yaşlıların ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; “Barthel İndeksi-Bİ” puan ortalamasının 78,02±24,07, “Yaşam Doyumu Ölçeği-YDÖ” puan ortalamasının ise 21,89±5,87 olduğu görülmektedir (Tablo 2). Yaşlanmaya gerileyen fonksiyonlardan biri olan fiziksel duruma yönelik olarak araştırmamızda yer alan yaşlı bireylerin fiziksel durumları Bİ ile değerlendirilmiş, birçoğunun orta derecede bağımlı ve tam bağımsız olduğu (%45,7; %19), %5’inin ise; tam bağımlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Benzer çalışmalar ele alındığında; araştırmaya alınan yaşlıların birçoğunun orta derecede bağımlı ve bağımsız, en azının tam bağımlı olduğu görülmüştür.^{2,9}

Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Ölçek Puan Ortalamaları (n=92)

Ölçek Puan Ortalamaları	X±SD
Bİ	78,02±24,07
YDÖ	21,89±5,87
NHP	230,19±120,59
Enerji alt boyutu (3 madde)	54,57±32,66
Ağrı alt boyutu (8 madde)	29,51±28,28
Emosyonel reaksiyonlar alt boyutu (9 madde)	38,03±28,28
Uyku alt boyutu (5 madde)	34,15±38,82
Sosyal izolasyon alt boyutu (5 madde)	23,33±26,42
Fiziksel aktivite alt boyutu (8 madde)	50,60±30,90

Tablo 3. Yaşlı Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirme Durumu (n=92)

Barthel İndeksi (Bağımlılık Düzeyleri)	Sayı	%
Tam bağımlı	5	5,4
İleri derece bağımlı	11	12,0
Orta derece bağımlı	42	45,7
Hafif derece bağımlı	15	16,3
Tam bağımsız	19	20,7
Toplam	92	100,0

Yaşlanma ile birlikte bireylerde görülen fiziksel yetersizlikler beraberinde yaşam doyumunda azalmaya neden olmaktadır. Araştırmamızda; yaşlı bireylerin YDÖ puan ortalamasının ortalama değerlere yakın olduğu (21,89±5,87) belirlenmiştir (Tablo 2). Yapılan diğer çalışmalarda da YDÖ puan ortalamasının 20-26 arasında olduğu

görülmekte, çalışmamızla oldukça benzerlik göstermektedir.^{5,12,17} Bunlar göz önüne alınarak benzer yaş gruplarının yaşam doyumunun da benzer düzeylerde olduğu söylenebilir.

Yaşlıların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi sonucunda; NHP toplam puan ortalamasının 230,19±120,59 olduğu, ölçek alt boyut puan ortalamalarında; en yüksek ortalamanın “Enerji”, en düşük ortalamanın “Sosyal izolasyon” alt boyutunda olduğu görülmüş, buna göre; yaşlıların yaşam kalitelerinin “Sosyal izolasyon” alanında en iyi, “Enerji” alanında en kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin NHP ile değerlendirildiği diğer çalışmalarda da; en yüksek ortalamaların “enerji” ve “uyku”, en düşük ortalamaların “sosyal izolasyon” alanında olduğu, buna göre; yaşlıların yaşam kalitelerinin “Sosyal izolasyon” alanında en iyi, “Enerji” alanında en kötü olduğu belirlenmiş, çalışmalar benzerlik göstermiştir.^{6,27,28}

Araştırmamızda yaşlı bireylerin ölçek puan ortalamalarının sosyo-demografik değişkenlerle olan ilişkisi incelendiğinde;

Yaşlanma ile görülen fiziksel yetersizlikler, yaşanılan ortamın fiziksel şartlarının aktiviteleri kısıtlaması ve yetersiz gelir durumunun beslenme, barınma, yaşamı kolaylaştırıcı cihazların kullanımını kısıtlaması, beraberinde GYA’lerini yerine getirme durumunu etkilemektedir. Bu bağlamda; kronik hastalıklar, yaşanılan ortam, gelir durumunun GYA’lerini etkilemesi beklenirken araştırmamızda; cinsiyet, kronik hastalık durumu, ilaç kullanma durumu, eğitim durumunun GYA’lerini (Bİ puan ortalaması) anlamlı düzeyde etkilemediği ($p>0,05$), yaş grubu, medeni durum, yardımcı cihaz kullanma durumları, birlikte yaşanılan bireyler ve gelir durumunun ise; anlamlı düzeyde etkilediği ($p<0,05$) belirlenmiş olup (Tablo 4), Yümin, Şimşek, Sertel, Öztürk ve Yümin (2011) tarafından yapılan bir çalışmada; yaşlı bireylerin cinsiyet ve GYA’leri (Bİ puanları) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).²⁹

Tablo 4. Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Ölçek Puan Ortalamaları

Değişkenler	Bİ	YDÖ	NHP
	Median	Median	Toplam Puan Median
Cinsiyet			
Kadın	85,00	22,00	61,00
Erkek	90,00	22,50	60,00
	U=888,00 p=0,55	U=850,00 p=0,37	U=922,00 p=0,76
Kronik hastalık			
Var	85,00	22,00	60,00
Yok	85,00	19,00	58,00
	U=510,00 p=0,97	U=398,00 p=0,19	U=394,00 p=0,18
Yardımcı cihaz kullanım durumu			
Kullanıyor	80,00	22,00	60,00
Kullanmıyor	97,50	22,50	66,00
	U=231,5 p=0,001	U=506,5 p=0,67	U=298,50 p=0,01
İlaç kullanımı			
Kullanıyor	90,00	22,00	60,00
Kullanmıyor	75,00	18,00	58,00
	U=495,5 p=0,15	U=391,5 p=0,013	U=451,00 p=0,06
Yaş grubu*			
65-74 yaş	90,00	22,00	60,00
75-84 yaş	72,50**	22,00	59,00
85+ yaş	97,50	22,00	61,00
	$\chi^2=6,128$ p=0,047	$\chi^2=0,578$ p=0,75	$\chi^2=1,795$ p=0,41
Medeni durum			
Evli	90,00	22,00	59,50
Bekar	80,00	22,00	61,00
	U=725,0 p=0,033	U=973,5 p=0,919	U=959,5 p=0,830
Eğitim durumu*			
Okur yazar değil	80,00	19,00	61,50
Okur yazar	87,50	21,00	60,00
İlköğretim	80,00	21,00	59,00
Lise	90,00	26,50**	63,50
Üniversite	95,00**	25,00	60,00
	$\chi^2=8,585$ p=0,07	$\chi^2=19,04$ p=0,01	$\chi^2=4,158$ p=0,39
Birlikte yaşadığı birey*			
Eşi ile	90,00**	22,00	59,50
Çocuklarıyla	80,00	21,00	50,00
Yalnız	84,00	22,00	64,00
	$\chi^2=5,828$ p=0,05	$\chi^2=2,348$ p=0,31	$\chi^2=1,796$ p=0,41
Gelir durumu*			
İyi	92,50	25,50**	62,00
Orta	80,00*	21,00	59,50
Kötü	90,00	21,50	55,50**
	$\chi^2=6,323$ p=0,04	$\chi^2=12,10$ p=0,002	$\chi^2=6,366$ p=0,04

Tablo 4. Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Ölçek Puan Ortalamaları (Devamı)

Değişkenler	YDÖ	NHP
	Median	Toplam Puan Median
Bağımlılık Düzeyleri*		
Tam bağımlı	13,00**	51,00
İleri derece bağımlı	18,00	49,00**
Orta derece bağımlı	22,00	59,00
Hafif derece bağımlı	24,00	66,00
Tam bağımsız	25,00	68,00
	$\chi^2=21,52$	$\chi^2=45,03$
	$p=0,0001$	$p=0,0001$

* Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

** Farklılığı yaratan grup

Benzer olarak, yaş grubu, cinsiyet, medeni durum, kronik hastalıklar, yardımcı cihaz kullanma, birlikte yaşanan bireylerin yaşam doyumunu anlamlı düzeyde etkilemediği ($p>0,05$), ilaç kullanma durumu, eğitim durumu, gelir durumu ve bağımlılık düzeylerinin ise; anlamlı düzeyde etkilediği ($p<0,05$) belirlenmiştir (Tablo 4). Altay ve Avcı tarafından (2009) yapılan çalışmada; yaş, eğitim durumu ve sosyal güvencenin yaşam doyumunu etkilemediği belirlenmiştir.¹⁷ Altıparmak (2009) tarafından huzurevinde kalan yaşlı bireyler yapılan çalışmada; bağımsız değişkenler ile (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, gelir algısı, yaşanan yer, kronik hastalık durumu, engel durumu, çocuk sahibi olma durumu) yaşam doyumunu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p> 0,05$).⁵ Şimşek, Yümin, Sertel, Öztürk ve Yümin (2010)'nin çalışmasında ise; cinsiyetler arasında yaşam doyumunu açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).¹⁹ Bizim çalışmamızdan farklı ölçeklerin kullanıldığı bir diğer çalışmada ise; cinsiyet, komorbid hastalıkların yaşam doyumunu anlamlı düzeyde etkilemediği,²³ yine farklı ölçeklerin kullanıldığı, yaşlılarda fonksiyonel yeterlilik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen 3 yıllık bir çalışmada ise; cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu ve gelir durumunun yaşam doyumunu anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$).²⁵

Yaşlıların yaşam kalitelerini etkileyen değişkenler incelendiğinde; cinsiyet ve

birlikte yaşanan bireylerin NHP tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarını anlamlı düzeyde etkilemediği ($p>0,05$), kronik hastalıkların “emosyonel reaksiyonlar” ve “uyku” alt boyutlarını, yardımcı cihaz kullanmanın “enerji”, “uyku”, “fiziksel aktivite” alt boyut ve toplam puan ortalamalarını, ilaç kullanma durumlarının “ağrı” alt boyutunu, yaş gruplarının “fiziksel aktivite” alt boyutunu, medeni durumun “fiziksel aktivite” alt boyutunu, eğitim durumunun “sosyal izolasyon” ve “fiziksel aktivite” alt boyutlarını, gelir durumunun, “fiziksel aktivite” alt boyut ve toplam puan ortalamasını, bağımlılık düzeylerinin ise; “emosyonel reaksiyonlar” alt boyutu dışındaki tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarını anlamlı düzeyde etkilediği belirlenmiştir (Tablo 4).

Şimşek, Yümin, Sertel, Öztürk ve Yümin (2010) tarafından yapılan çalışmada; cinsiyetin, NHP'nin uyku alt boyutu dışındaki tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamasını anlamlı düzeyde etkilediği ($p<0,005$) saptanmıştır.²⁹ Bir başka çalışmada; yaşlıların eğitim durumunun, NHP puanlarını etkilemediği ($p>0,05$),¹² Şimşek ve ark.(2011) tarafından yaşlı bireylerde mental, mobilite ve fonksiyonel durumun yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada; huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yaşam kalitesinin cinsiyet ve fonksiyonel durumdan etkilendiği, bir diğer çalışmada ise; cinsiyet, komorbid hastalıkların yaşam kalitesini anlamlı düzeyde etkilediği ($p<0,001$)²³ saptanmıştır. Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen değişkenlerin incelendiği bir çalışmada; yaş grubu, eğitim seviyesi, tıbbi durum, fiziksel aktivite yeterliliği, eğitim seviyesi ve sağlık algısının yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarını etkilediği belirlenmiştir.²⁴ Gokkaya, Kutsal, Borman, Ceceli, Doğan, Eyigör ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir çalışmada; yaş grubunun NHP tüm alt boyut ve toplam puan ortalamasını anlamlı düzeyde etkilemediği ($p>0,05$), cinsiyet ile NHP “ağrı”, “fiziksel aktivite”, “enerji seviyesi” alt boyutları ve NHP toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde

anlamli ilişki, eğitim durumu ile NHP “uyku” alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlar ve toplam NHP puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamli ilişki bulunurken, medeni durum ile NHP tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamli ilişki saptanmamıştır.¹⁴

Yaşlı bireylerin ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam doyumunun arttığı, yaşam kalitesinin tüm alt boyut ve toplamındaki iyilik hali arttıkça yaşam doyumunun arttığı, bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ve toplamdaki iyilik halinin arttığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Yaşlı Bireylerin Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçek Puan Ortalamaları	Bİ	NHP (Toplam Puan)
YDÖ	r= 0,501 p=0,000	r= -0,670** p=0,000
Bİ		r= -0,688** p=0,000

*zayıf düzeyde korelasyon, **orta düzeyde korelasyon

Yümin, Şimşek, Sertel, Öztürk ve Yümin (2011) tarafından yapılan çalışmada; Bİ ve NHP arasında negatif yönde orta düzeyde anlamli ilişki saptanmış, bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiş, sonuçlar bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermiştir.²⁹ Altay ve Avcı'nın (2009) çalışmasında ise; yaşam doyumunu ile öz bakım gücü arasında pozitif yönde anlamli ilişki bulunmuştur (r=0,618; p<0,001), özbakım gücü arttıkça yaşam doyumunun da arttığı belirlenmiştir.¹⁷ Grow, Yeung, Towers, Alpass ve Stephens (2013) tarafından yaşlı bireylerde mobilitenin yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada ise; mobilite ve yaşam doyumunu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamli ilişki olduğu belirlenmiştir.²⁶ Araştırmaların sonuçları genel olarak çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonuçlarımız genel olarak diğer çalışmalarla benzerlik göstermekte, bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam doyumunu artmakta, yaşam kalitesinin tüm alt boyut ve toplamındaki iyilik hali arttıkça yaşam doyumunu artmakta, bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt boyutları

ve toplamdaki iyilik hali artmaktadır. Araştırma sonuçları doğrultusunda; ülkemizde yaşlı bireylerin GYA'ni kolaylaştırılan, beraberinde yaşam doyumunu ve yaşam kalitesini arttıran çalışmaların planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Özer M, Karabulut Ö. (2003). Yaşlılarda Yaşam Doymumu. *Geriatrı*, 6(2):72-74.
2. Top ÜF, Saraç A, Yaşar G. (2010). Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Depresyon Düzeyi, Ölüm Kaygısı ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 13:14-22.
3. Beğer T, Yavuzer H. (2012). Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*, 25:1-3.
4. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. (2007). <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf>. Erişim: 20.02.2016.
5. Altıparmak S. (2009). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doymumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 23 (3):159-164.
6. Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. (2001). Altmış Beş Yaş Üzerindeki Kişilerde Bilişsel Durumun Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ve Demografik Değişkenlerle İlişkisi: Bir Alan Çalışması. *Psikiyatri Dergisi*, 2(2):79-86.
7. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar 2015.
8. Çuhadar D, Sertbaş G, Tutkun H. (2006). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bilişsel İşlev ve Günlük Yaşam Etkinliği Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:232-239.
9. Minosso J, Amendola F, Alvarenga M, Oliveira M. (2010). Validation of the Barthel Index in Elderly Patients Attended in Outpatient Clinics, in Brazil. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(2):218-223.
10. Miszko TA, Cress ME, Slade JM, Covey CJ, Agrawal SK, Doerr CE. (2003). Effect of Strength and Power Training on Physical Function in Community-Dwelling Older Adults. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(2):171-175.
11. Measuring Quality of Life, World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse 1997;1-13.
12. Şimşek TT, Yümin TE, Sertel M, Öztürk A, Yümin M. (2011). Mental, Mobilite ve Fonksiyonel Özürlülüğün Yaşlılarda Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyeti Üzerine Etkisi. Karşılaştırmalı Çalışma. *Türk Geriatri Dergisi*, 14(4):321-330.
13. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. (2000). Edirne Huzurevi Sakinlerinde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin İrdelenmesi. *Geriatrı*, 3(4):141-145.
14. Gokkaya KO, Kutsal YG, Borman P, Ceceli E, Doğan A, Eyiğör S et al. (2012). Pain and quality of life (QoL) in elderly: The Turkish experience. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55:357-362.
15. Sönmez Y, Reyhan U, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M ve ark. (2007). İzmir'de Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 75 Yaş ve Üzeri Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2(3):145-153.
16. Telatar TG, Özcebe H. (2004). Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(3):162-165.
17. Altay B, Avcı Aİ. (2009). Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Özbakım Gücü ve Yaşam Doymumu Arasındaki İlişki. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(4):275-282.
18. Borg C, Hallberg IR, Blomqvist K. (2006). Life Satisfaction Among Older People (65+) with Reduced Self-Care Capacity: The Relationship to Social, Health and Financial Aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15:607-618.
19. Şimşek TT, Yümin TE, Sertel M, Öztürk A, Yümin M. (2010). Kadın ve Erkek Yaşlı Bireylerde Depresyonun Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Türk Geriatri Dergisi*, 14(4):321-330.
20. Collins AL, Goldman N, Rodriguez G. (2008). Is Positive Well-Being Protective of Mobility Limitations Among Older Adults?. *The Journals of Gerontology: Series B*, 63:321-327.
21. Hernandez CR, Fernandez VL, Alonso TO. (2009). Satisfaction With Life Related to Functionality in Active Elderly People. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37:61-67.
22. Setiati S, Harimurti K, Dewiasty E, Istanti R. (2011). Predictors and Scoring System for Health-related Quality of Life in an Indonesian Community-Dwelling Elderly Population. *Acta Medica Indonesiana*, 43(4):237-242.
23. Stenhagen M, Ekström H, Nordell E, Elmstahl S. (2014). Accidental Falls, Health-Related Quality of Life and Life Satisfaction: A Prospective Study of the General Elderly Population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58:95-100.
24. Paskulin GL, Vianna L, Molzahn AE. (2009). Factors Associated with Quality of Life of Brazilian Older Adults. *International Nursing Review*, 56:109-115.
25. Enkvist A, Ekström H, Elmstahl S. (2012). What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old?. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54:140-145.
26. Grow S, Yeung P, Towers A, Alpass F, Stephens C. (2013). The Impact of Mobility on Quality of Life Among Older Persons. *Journal of Aging and Health*, 25(5):723-36.
27. Öztürk A, Şimşek TT, Yümin ET, Sertel M, Yümin M. (2011). The Relationship Between Physical, Functional Capacity and Quality of Life (QoL) Among Elderly People With a Chronic Disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53:27-83.
28. Yıldırım ÜN, Özengin N, Özdemir ÇÖ, Gökhan F. (2011). Yaşlı Bireylerde Fonksiyonellik, Performans ve Reaksiyon Zamanı ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Türk Geriatri Dergisi*, 14(1):68-74.
29. Yümin TE, Şimşek T., Sertel M, Öztürk A, Yümin M. (2011). The Effect of Functional Mobility and Balance on Health-Related Quality of Life (HrQoL) Among Elderly People Living at Home and Those Living in Nursing Home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52:e180-184.
30. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B, Arasil T. (2000). Adaptation of the Modified Barthel Index for Use in Physical Medicine and Rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 32(2):87-92.
31. Tamam B, Taşdemir N, Tamam Y. (2008). İnme Sonrası Demans: Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1):46-56.
32. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. (1985). Measuring Health Status: A New Tool For Clinicians and Epidemiologists. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35(273): 185-188.
33. Küçükdeveci AA, McKenna SP, Kutlay S, Gürsel Y, Whalley D, Arasil T. (2000). The Development and Psychometric Assessment of the Turkish Version of The Nottingham Health Profile. *International Journal of Rehabilitation Research*, 23(1):31-38.
34. Diener E., Emmons R.A., Larsen R. J. And Griffin S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*. 49:71-75.
35. Durak M, Durak EŞ, Gencoz T. (2010). Psychometric Properties of the Satisfaction with Life Scale among Turkish University Students, Correctional Officers, and Elderly Adults. *Social Indicators Research*, 99:413-429.

Üniversite Öğrencilerinin Kültürel Zeka Düzeylerinin Olumsuz Otomatik Düşünceler ve Bazı Diğer Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi

Evaluation of Cultural Intelligence Levels of Female University Students According to Negative Automatic Thoughts and Some Other Variables

Gül ERGÜN¹, Aysun GÜZEL²

ÖZET

Bu araştırmanın amacı kız üniversite öğrencilerinin kültürel zeka düzeylerinin olumsuz otomatik düşünceler ve bazı diğer değişkenlere göre değerlendirilmesidir.

Araştırma tanımlayıcı tipte planlanmıştır. Araştırmada, örnekleme kız öğrenci apartlarında (7 adet) kalan 400 (n) kız üniversite öğrencisi oluşturmuştur. Evren apartlarda kalan tüm öğrenciler olarak belirlenmiştir (N=552) ve örneklem seçimine gidilmeden evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Örneklemin %72,5'ine ulaşılmıştır. Araştırmayı gerçekleştirmek için apart yönetimlerinden yazılı izin alınmıştır. Veri toplamada, Kültürel Zeka Ölçeği, Otomatik Düşünceler Ölçeği ve araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik verilere yönelik form kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS-19 yazılım programı kullanılmıştır.

Araştırmaya 400 üniversite öğrencisi katılmıştır. Öğrencilerin olumsuz otomatik düşünceler ölçeği puanı 85,90±24,41 (en az=30; en fazla=150) bulunmuştur. Bu değer olumsuz otomatik düşüncelerin ortalama düzeyde olduğunu göstermektedir. Kültürel zeka puan ortalaması 81,61±16,49 (en az=22; en fazla=128) olarak bulunmuştur. Öğrencilerin kültürel zeka seviyesi ortalama düzeydedir.

Olumsuz otomatik düşüncelerin kültürel zeka üzerine etkileri vardır. Kitap okumanın üst bilişsel zekaya olumlu etkisi vardır.

Anahtar Kelimeler: Üniversite Öğrencisi, Kız, Kültürel Zeka, Negatif Düşünme.

ABSTRACT

This research aims at evaluating according to other some variables and the negative automatic thoughts of cultural intelligence levels of female university students.

The research was planned to be descriptive. The study is planned as a descriptive type. In the research, 400 (n) female university students were included in the sample student's apartment (7 units). The sample was determined to be the whole of the universe (N=552). The sample has reached 72.5%. A written permission was taken from the management of hostels regarding the research. Cultural Intelligence Scala and Automatic Thoughts Scale; the form towards socio-demographic data prepared by the researchers was used. SPSS-19 software programme were used to analyze the data.

The participants were a total of 400 people. Negative automatic thoughts scale of respondents found a total of 85,90±24,41 (min=30; max=150) points. This value represents the average level of negative automatic thoughts. Cultural intelligence scale total score of 81,61±16,49 (min=22; max=128) was found. Cultural intelligence level of students is average.

Negative automatic thoughts have its effects on cultural intelligence. Reading a book has a positive effect on high cognitive intelligence.

Keywords: University Student, Female, Cultural Intelligence, Negative Thinking.

*Bu çalışma International Congress on Nursing (16-18 Mart 2017, Antalya) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

¹Yrd. Doç. Dr. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi- Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü.

²Yrd. Doç. Dr. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi- Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü.

GİRİŞ VE AMAÇ

Yıllardır değişim ve gelişim gösteren zeka kavramı literatürde çeşitli yönleri ile her zaman etkin şekilde yer almıştır. En genel anlamıyla zeka, bireyin çevreye uyum sağlama yeteneğidir.¹ Çevreden gelen uyarılara yanıt verme hızı ve hızın kalitesi zeka göstergesi olarak kabul edilir. Yaşanılan döneme göre yeni ve farklı zeka kavramları ortaya atılmıştır. Bir dönem duygusal zeka önem kazanmıştır. Gardner (2006) tarafından, çoklu zeka kuramı çalışmaları literatürde yer aldıktan sonra zeka kavramı farklı boyutlar kazanmıştır.¹ Howard Gardner zeka kavramı ve zeka çeşitlerini açıklarken her zaman zekanın kültürle ayrılmaz bir bileşen olduğunu ve zekanın bulunduğu kültürel yapı içerisinde değerlendirilmesinin önemini vurgulamıştır. Türk Dil Kurumu'na göre, "Tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde üretilen bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere aktarmada kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü olarak tanımlanan kültür içerisinde ele alınan zeka kavramının zamanla gelişimi ile kültürel zeka kavramı doğmuştur".² Earley ve Soon'a (2003) göre; "Kültürel zeka farklı bir toplumdan gelen bir kişinin, alışık olunmayan jest ve mimiklerinin kendi ülkesinden biriymiş gibi değerlendirip yordayabilme becerisidir".³ Ülkemiz, gerek yurtdışından gerekse yurt içinde şehirler arasında göç hareketliliğine sahiptir. Dolayısıyla çok fazla kültürü bir arada

bulunduran bir ülkedir. Böyle çoklu kültürel yapıya sahip bir ülkenin özellikle genç nüfusunun kültürel zekâlarının yüksek olması istenilen bir durumdur. Üretkenlik dönemlerindeki gençlerin üretime yönelik aktiviteleri sırasında, çeşitli iletişim kanallarıyla başka kültürel yapıları tanıma çabaları bir gereklilik olmaktadır.^{4,5,6} Dolayısıyla çeşitli meslek gruplarına yönelik hazırlanan eğitim sürecindeki üniversitelilerin kültürel zeka düzeylerinin ve buna etki eden değişkenlerin öğrenilmesi önemlidir. Literatürde özellikle kadınların farklı zeka türlerine ilişkin düzeyleri, bilişsel süreçleri ve problem çözme, girişkenlik gibi bazı yetilerinin erkeklerden daha düşük olduğu saptanmıştır.⁷⁻⁹ Kadınlara toplum tarafından atfedilen annelik, eş ve benzeri roller kadınların kültürel algısını, bilişsel süreçlerini kullanmasını sınırlandırabilir.¹⁰ Bu bakımdan üretim basamaklarında giderek daha fazla yer alan kadınların kültürel zeka düzeyleri ve zeka düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemek çok önemlidir.

Bu araştırmanın amacı bir üniversitede öğrenim gören kız öğrencilerin kültürel zeka düzeyi ile öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, ders başarı algısı, anne-baba medeni durumu, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi, sanat ve sporla ilgilenme, sinema ya da tiyatroya gidiş sıklığı, bir yılda okunan kitap sayısı ve olumsuz otomatik düşünceler ölçeği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

MATERYAL VE METOT

Araştırma Mart-Nisan 2016 tarihleri arasında yürütülen, tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir araştırmadır.

Araştırmanın Hipotezleri

•Öğrencilerin kültürel zeka seviyeleri yüksektir.

•Öğrencilerin kültürel zeka seviyeleri yükseldikçe olumsuz otomatik düşünceleri azalmaktadır.

•Öğrencilerin kültürel zeka puanları öğrenim gördükleri bölüme göre farklılık gösterir.

•Öğrencilerin kültürel zeka puanları uzun süre yaşadığı yere göre farklılık gösterir.

- Öğrencilerin kültürel zeka puanları kitap okuma alışkanlığına göre farklılık gösterir.
- Öğrencilerin kültürel zeka puanları akademik başarı algısına göre farklılık gösterir.
- Öğrencilerin kültürel zeka puanları sigara ve alkol kullanma alışkanlıklarına göre farklılık gösterir.
- Öğrencilerin kültürel zeka puanları sanat ve spor dalı ile ilgilenme düzeyine göre farklılık gösterir.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan ve sosyodemografik özellikleri belirlemeye yönelik olan 20 soru, Kültürel Zeka Ölçeği ve Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır.

Kültürel Zeka Ölçeği

Kültürel Zekâ Ölçeği (KZÖ) Ang ve diğ. (2004) tarafından geliştirilmiş ve İlhan ve Çetin (2014) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır.^{11,12} Kültürel zekâ ölçeği bireylerin kültürel zekâlarını ölçmek amacıyla hazırlanmış kendini tanımlama (self-report) türünden bir araçtır. Ölçek 7'li likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir ve 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinal formu üst biliş, biliş, motivasyon ve davranış olmak üzere dört boyutlu bir yapıya sahiptir. Ölçeğin üst biliş alt boyutunda, bireylerin sahip olduğu kültürel bilgiler üzerinde kontrol sahibi olup olmamasını ve sahip oldukları kültürel bilgileri anlamada kullandıkları zihinsel süreçleri yansıtan 4 madde bulunmaktadır. Ölçeğin biliş alt boyutunda bireylerin farklı kültürler hakkında sahip olduğu bilgileri yansıtan 6 madde bulunmaktadır. Ölçeğin motivasyon alt boyutunda, bireylerin farklı kültürlerden insanlarla etkileşime girme konusundaki ilgisini ve bu konudaki öz yeterlik inancını yansıtan 5 madde bulunmaktadır. Ölçeğin davranış alt boyutunda ise bireylerin farklı kültürel geçmişe sahip insanlarla

karşılaştığında uygun sözel ya da sözel olmayan davranışları sergileyebilme yeteneğini yansıtan 5 madde bulunmaktadır.¹³⁻¹⁵

Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği

Hollan ve Kendall'ın (1980) geliştirdiği, Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği'ni Hisli'nin (1990) yaptığı "Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)" kişinin kendine yönelik olumsuz değerlendirmelerinin sıklığını ölçmeyi amaçlamaktadır.^{16,17} 1-5 arasında puanlanan ve 30 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puan aralığı 30-150 arasındadır. Ölçekten alınan, puanın yükselmesi bireyin otomatik olumsuz düşüncelerinin sıklıkla ortaya çıktığını gösterir.¹⁸

Veri Toplama Süreci

Araştırmanın verileri Burdur ilinde kız öğrenci apartlarında (7 adet) ikamet eden ve üniversitede öğrenim gören kız öğrencilerden 10 Mart 2017- 17 Nisan 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışma izinleri apartların müdürlerinden yazılı olarak alınmıştır. Araştırmanın evrenini 7 adet apartta kalan tüm kız öğrenciler toplam 552 kişi oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeden evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma sonucunda 400 kişiye evrenin %72,5'ine ulaşılmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu gönüllü öğrencilere verilmiş, anketin doldurulması esnasında beklenilmiş ve geri alınmıştır. Katılımcılardan yazılı onam alınmıştır. Anket doldurma yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Araştırmaya başladıktan sonra yarım bırakanların anket formları geçersiz sayılmıştır.

Veri Analizi

Veriler araştırmacılar tarafından SPSS'e kodlanmıştır. Kişisel bilgi formunda yer alan sosyodemografik değişkenlere ait verilerde yüzdelik, ortalama, tek yönlü varyans analizi, post-hoc testleri (Tukey HSD ve Games Howell çoklu karşılaştırma testi) ve bağımsız

örneklem t-testi kullanılmış, $p < 0,05$ olan | değerler anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $21,44 \pm 2,36$ 'dır. Öğrencilerin %51,5'i 17-21 yaşları arasında, %48,2'sinin en uzun yaşadığı yer ilçe, %38,8'i

öğrenimine eğitim fakültesinde ve %83,8'i öğrenimine lisans düzeyinde devam etmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.

Öğrencilerin Bazı Özellikleri	Sayı	%	
Yaş	17-21	206	51,5
	22-26	190	47,5
	26 ve üstü	4	1,0
En uzun süre yaşanan yer	İl merkezi	145	36,2
	İlçe	193	48,2
	Kasaba/köy	62	15,5
Eğitime devam edilen fakülte/yüksekokul	Fen-Edebiyat Fakültesi	40	10,0
	Eğitim Fakültesi	155	38,8
	İktisadi ve İdari Bilimleri Fakültesi	62	15,5
	Veteriner Fakültesi	36	9,0
	Meslek Yüksekokulu	53	13,2
	Sağlık Yüksekokulu	38	9,5
	Mühendislik Fakültesi	10	2,5
	Diğer	6	1,5
Öğrenim türü	Ön lisans	56	14,0
	Lisans	335	83,8
	Yüksek lisans	9	2,2
Lisede eğitim görülen okul	Düz Lise	152	38,0
	Fen / Anadolu Lisesi	145	36,2
	İmam Hatip Lisesi	15	3,8
	Sağlık / Endüstri Meslek Lisesi	58	14,5
	Diğer	30	7,5
Çalışma durumu	Evet	116	29,0
	Hayır	284	71,0
Çalışma süresi	Çalışmıyorum	284	71,0
	1 yıldan az	46	11,5
	1-2 yıl	48	12
	3-4 yıl	16	4
	4 yıldan fazla	6	1,5
Algılanan gelir düzeyi	Yüksek	68	17,0
	Orta	305	76,2
	Düşük	27	6,8
Ders başarısı algısı	Çok iyi	23	5,8
	İyi	170	42,5
	Orta	194	48,5
	Kötü	13	3,2
Sigara ya da alkol kullanım durumu	İkisini de kullanıyorum	96	24,0
	Sadece sigara kullanıyorum	85	21,2
	Sadece alkol kullanıyorum	19	4,8
	İkisini de kullanmıyorum	200	50,0

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı).

Öğrencilerin Bazı Özellikleri	Sayı	%	
Anne-baba medeni durumu	Anne-baba birlikte	236	59,0
	Anne-baba ayrı	68	17,0
	Anne sağ- baba ölü	57	14,2
	Baba sağ- anne ölü	39	9,8
Anne eğitim düzeyi	Okuryazar değil	17	4,2
	İlköğretim	165	41,2
	Lise	188	47,0
	Üniversite	30	7,5
Baba eğitim düzeyi	Okuryazar değil	4	1,0
	İlköğretim	132	33,0
	Lise	214	53,5
	Üniversite	50	12,5
Toplam	400	100,0	

Öğrencilerin %38'i düz liseyi bitirmiştir ve %71'i gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. Gelir getiren bir işte çalışanların ise %41,4'ü 1-2 yıldır çalışmaktadır. Öğrencilerin %76,2'si algıladığı gelir düzeyinin orta ve %48,5'i algıladığı ders başarısının orta olduğunu, %50'si sigara ya da alkol (her ikisini de) kullanmadığını, %59'u anne ve babasının birlikte yaşadığını, %47'si annesinin ve %53,5'i babasının lise mezunu olduğunu belirtmiştir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %76,2'si son beş yıl içerisinde ruhsal bozukluk yaşamadığını, %79,5'i son beş yıl içerisinde antidepresan/ antipsikotik/ anksiyolitik ilaç kullanmadığını, %50'si sanat ya da sporla (her ikisiyle de) ilgilenmediğini, %40,5'i sinema ya da tiyatroya iki haftada bir kez gittiğini ve %49,2'si bir yıl içerisinde okuduğu kitabın 1-5 olduğunu ifade etmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Kız Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı.

Öğrencilerin Bazı Özellikleri	Sayı	%	
Son beş yıl içerisinde deneyimlenen ruhsal bozukluk durumu	Evet	95	23,8
	Hayır	305	76,2
Son beş yıl içerisinde antidepresan/ antipsikotik/ anksiyolitik ilaç kullanım durumu	Evet	82	20,5
	Hayır	318	79,5
Sanat ya da sporla ilgilenme	İkisiyle de ilgileniyorum	38	9,5
	Yalnız sporla ilgileniyorum	127	31,8
	Yalnız sanatla ilgileniyorum	35	8,8
	İkisiyle de ilgilenmiyorum	200	50,0
Sinema ya da tiyatro gidiş sıklığı	Haftada bir kez	39	9,8
	İki haftada bir kez	162	40,5
	Ayda bir defa	135	33,8
	Yılda bir defa	61	15,2
	Hiçbir zaman	3	0,8
Bir yıl içerisinde okunulan kitap sayısı	1-5	197	49,2
	6-10	128	32,0
	11-15	52	13,0
	15 ve üstü	23	5,8
Toplam	400	100,0	

IQ ve EQ gibi isimlerle adlandırılan zeka türleri insanlar tarafından zamanla geleneksel

hale gelmiştir. Geleneksel zeka insanların zekalarındaki toplum faktörünü göz ardı

ettiğinden günlük hayattaki bazı başarıları veya başarısızlıkları açıklamada yetersiz kalmıştır. Sosyal yön ve toplumla olan ilişkiden kaynaklı birçok olumlu ya da olumsuz davranış geleneksel zeka türleriyle açıklanamayınca zamanla kültürel zekanın oluşmasını sağlayan çeşitli kavramlar ortaya çıkmıştır. Kültürel zekâ kavramından ilk defa Earley ve Elaine Mosakowski 2004 yılında Harvard Business Review'de yayınlanan makalelerinde bahsetmişlerdir. Günümüzde bu kavram farklı açılardan incelenmektedir.¹⁹

Kültürel zeka insanların günlük hayatta yaptıkları aktivitelerde kazandıkları başarılar rahatlıkla açıklanabilmektedir. Genel kültür düzeyi yüksek birisinin kültürel zeka seviyesinin yüksek olduğu düşünülmektedir.²⁰ Çoklu zeka kuramını ortaya atan Gardner, zeka kavramının bir toplumda kabul görebilmesi için bu kavramın kültürel yapı içinde kabul edilebilir olması gerektiğini vurgulamıştır.²¹ Yeşil (2010) ise, farklı kültürlerle başarılı bir şekilde etkileşim kurabilmenin kültürel zekâ ile sağlanabileceğini vurgulamıştır.¹⁹ Yapılan bazı çalışmalar farklı kültürel çevrelerde ya da çok kültürlü ortamlarda, etkin gruplar oluşturabilmek için gerekli olan iletişim, liderlik, güdüleme, karar verme, çatışmayı yönetme gibi temel örgütsel davranışları anlama ve bunları başarı ile uygulama ilişkisinin ancak kültürel zekâ sayesinde olabileceğine işaret etmiştir.^{4,5,20}

Kültürel Zeka Seviyesinin Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Öğrencilerin en uzun yaşadıkları yere göre Kültürel Zeka Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, en uzun süre il merkezinde yaşayanların en uzun süre ilçede yaşayanlara göre bilişsel zeka puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde yüksek bulunmuştur ($p=0,03$).

Kültürel zekâ üst biliş, biliş, motivasyon ve davranış olmak üzere dört boyutlu bir yapıya sahiptir.¹² Çalışmamızda en uzun süre

şehirde yaşayan öğrencilerin üst bilişsel kültürel zeka seviyesinin kırsal kesimde yaşayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni büyük şehirlerde farklı kültürlerden göç eden insanların oluşturduğu kültürel çeşitlilik olabilir. Kültürel zeka, farklı kültürlerle bir arada yaşarken, bu farklılığa uyum sağlama çabalarıyla gelişebilmektedir.²² Örneklemimizi oluşturan ergenlik dönemindeki öğrencilerin en uzun süre ömürlerini geçirdikleri yani büyüdüğü yer sıklıkla büyük şehirdir. Bu durum öğrencilerin kültürel zekalarının şekillendiği yerin büyük olasılıkla çeşitli kültürel yapıya sahip olduğu ve böyle bir toplum yapısına uyum sağlamak için öğrencilerin kültürel zeka seviyelerinin arttığı şeklinde açıklanabilir. Kültürel zekânın üst biliş boyutu, bilgi işleme yeteneğine yoğunlaşmıştır ve bireyin kültürler arası etkileşim sırasında kullandığı kültürel bilginin farkındalığı ve bu bilgiler üzerinde kontrol sahibi olup olmadığı ile ilgilidir. Kültürel üst biliş boyutu gelişmiş olan bireyler; başkalarının ait olduğu kültürel yapılarının farkındadır, farklı kültürlerden bireylerle etkileşime girerken ve etkileşim sonrasında kültürel bilgilerini gözden geçirirler ve karşılaştıkları yeni kültürlere uyum sağlamaya çalışırlar. Bu kültüre ilişkin bilgileri nasıl öğreneceklerini planlama, bu yeni kültüre uyum sağlama konusundaki çabalarını ve ilerlemelerini değerlendirme gibi üst düzey düşünme becerilerini kullanırlar.⁵

Öğrencilerin öğrenim gördükleri fakülteye göre Kültürel Zeka Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim fakültesinde öğrenim görenlerin meslek yüksekokulunda öğrenim görenlere göre ($p=0,03$) ve veteriner fakültesinde öğrenim görenlerin meslek yüksekokulunda öğrenim görenlere göre ($p=0,01$) bilişsel zeka puanı ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde düşük bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada, Eğitim Fakültesi öğrencilerinin kültürel zeka toplam puanı Veteriner Fakültesi ve Meslek Yüksekokulu öğrencilerinininkinden düşük

bulunmuştur. Koçak ve Özdemir (2015) tarafından Eğitim Fakültelerinde öğrenimine devam eden öğretmen adaylarına yapılan çalışma kültürel zeka puanı yüksek bulunmuştur.²³ Aynı çalışmada, kültürel zekâ ile çok kültürlü eğitime olan tutum arasında anlamlı, pozitif ve orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçları farklılık göstermektedir. Meslek yüksekokulundaki öğrenciler eğitim hayatlarına başladıkları andan itibaren iki yıl boyunca (önlisans); mesleki yeterlilik, mesleki iletişim becerilerinin geliştirilmesine yönelik yoğun staj müfredatlarına sahiptir. Bu süreçte farklı kültürel yapıdaki işyeri ve kurumlarla etkin iletişimde bulunmaları gerekmektedir. Bu da öğrencilerin kültürel zeka seviyelerinde artışa yol açabilir.

Öğrencilerin öğrenim türlerine göre Kültürel Zeka Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, lisans düzeyinde öğrenim görenlerin ön lisans düzeyinde öğrenim görenlere göre motivasyonel zeka puan ortalaması ($p<0,01$) ve davranışsal zeka puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 3). Lisans eğitime devam eden öğrencilerin davranışsal ve motivasyonel zeka seviyeleri önlisans eğitimine devam edenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Kültürel zekânın motivasyon boyutu, bireyin farklı kültürlerden insanlarla etkileşime girme ve farklı kültürler hakkında bir şeyler öğrenmeye istekli olmayla ilgilidir.⁵ Kültürel zekânın davranış boyutu, farklı kültürel geçmişe sahip bireylerle karşılaştığında kişinin uygun sözel ya da sözel olmayan iletişim öğelerini sergileyebilmesidir.^{4,11} Bu iki kültürel zeka boyutunun lisans öğrencilerinde yüksek olması lisans öğrencilerinin eğitim sürelerinin daha uzun olmasıyla açıklanabilir. Kültürel zeka karşılıklı etkileşim içerisindeki insanların iletişim sırasında birbirleriyle uyum sağlama çabası ile artan bir özelliğe sahiptir.³ Farklı kültürel yapılardan gelen ve iletişim içerisinde olan öğrencilerin zaman içerisinde farklı kültürel yapıdaki bireylere uyum

sağlama çabaları kültürel zeka seviyelerinin artmasını sağlayabilir. Lisans eğitimi alan öğrencilerde bu süre ön lisans eğitimine göre fazla olduğu için motivasyonel ve davranışsal kültürel zeka seviyelerinin daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Öğrencilerin çalışma durumlarına göre Kültürel Zeka Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çalışan öğrencilerin çalışmayan öğrencilere göre bilişsel zeka puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük ($p=0,02$) bulunurken; motivasyonel zeka ($p=0,01$) ve davranışsal zeka ($p=0,02$) puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo3). Çalışan öğrencilerin üst bilişsel kültürel zeka seviyeleri halen çalışmayan öğrencilere göre düşüktür. Üst bilişsel kültürel zekanın yüksek olması kültüre uyum sağlama gibi üst düzey düşünme becerilerinin iyi kullanılmasını sağlayan bir özelliğe sahiptir. Çalışan insanların daha fazla kişiyle karşılaşma ihtimali düşünüldüğünde, bilişsel kültürel zekanın bu grupta daha yüksek çıkması beklenmektedir. Yaptığımız çalışmada düşük çıkmasının nedeni öğrencilerin çalışma saatlerinin kısa olmasına bağlı olabilir. Yapılan bir çalışmada çok farklı kültürlerle karşılaşma olasılığı yüksek olan meslek gruplarının kültürel zeka alt ölçekleri ve toplam puanı yüksek çıkmıştır.²⁴ Konuyla ilgili diğer çalışmalarda ise, çalışma hayatındaki insanların başarılı olabilmesinin kültürel zeka seviyelerinin geliştirilmesine bağlı olduğu saptanmıştır.^{25,26} Davranışsal ve motivasyonel kültürel zeka seviyelerinin çalışmalarda yüksek olması ise literatürü destekler niteliktedir.^{4, 20, 22}

Öğrencilerin sigara ya da alkol kullanımına göre Kültürel Zeka Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sigara ve alkol (her ikisini de) kullananların sigara ve alkol (her ikisini de) kullanmayanlara göre motivasyonel zeka puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,01$). Sigara ve alkol

kullanan öğrencilerin sigara ve alkol kullanmayanlara göre motivasyonel zeka puanı düşük bulunmuştur. Motivasyonel kültürel zekâ, bireyin farklı kültürleri barındıran toplumlarda öğrenme ve çalışabilme gibi yaşamsal aktiviteleri gerçekleştirmede kullandığı enerjinin yönü ve büyüklüğü ile ilgilidir. Ayrıca kültürel zekanın alt türü, insanların farklı kültürlerle etkileşimde bulunmaya ne derece önem verdiğini ve böyle bir durumla karşılaştığında etkili bir şekilde yanıt verebilmesinde rol oynayan kendine güven duygusunu yansıtmaktadır.¹⁹ Adolesanlarda sigara ve alkol kullanımı genellikle sosyal anksiyete ve yaşam dönemlerine özgü kriz anlarıyla etkisiz mücadele davranışı olarak karşımıza çıkabilmektedir.²⁷ Yapılan bir araştırmada sigara ve alkol kullanan adolesanların duygusal zeka seviyelerinin düşük olduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada psikolojik sorunlarla mücadelede yetersizlik hisseden adolesanların bu yolla etkisiz mücadele etmeye yöneldikleri ifade edilmiştir.²⁸ Kültürel zekanın genel tanımında da farklı kültürel yapıları tanıma çabası yer almaktadır. Dolayısıyla sigara ve alkol kullanımı gibi etkisiz mücadele yöntemlerini kullanan bireyin girişken bir şekilde kültürleri tanıma çaba ve motivasyonuna sahip olması beklenilemez.

Öğrencilerin ders başarı algılarına göre Kültürel Zeka Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ders başarı algısı çok iyi ve iyi olan öğrencilerin orta olan öğrencilere göre bilişsel zeka puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (sırasıyla, $p < 0,01$; $p < 0,01$). Ders başarı algısı çok iyi ve iyi olan öğrencilerin, üst bilişsel kültürel zeka puan ortalaması orta düzeyde olanlara göre yüksek bulunmuştur. Çoklu zeka kuramının sahibi Gardner'e göre (2006) zeka; temelinde biyolojik ve kültürel boyutları olan bir veya daha fazla kültürel yapıda değere sahip bir ürüne şekil verme ya da problemleri çözme yeteneğidir.¹ Kişinin yaşamındaki problem çözme becerisi, yaşamsal etkinliklerde

başarılı olması ve öğrenim hayatındaki akademik başarısı zeka düzeyiyle alakalıdır.²⁹ Ancak bu düzeyler kişinin kültürel yapısı içerisinde anlam kazanır. Dolayısıyla akademik başarısıyla ilgili olumlu düşüncelere sahip olan öğrencilerin kültürel zekanın bilgi işleme yeteneğine yoğunlaşan kısmı olan üst bilişsel zeka puanlarının yüksek olması beklenen bir durumdur.

Öğrencilerin ilaç kullanımına göre Kültürel Zeka Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; son beş yıl içerisinde antidepresan/ antipsikotik/ anksiyolitik ilaç kullanan öğrencilerin ilaç kullanmayan öğrencilere göre üstbilişsel zeka puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,02$). Ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılan (antidepresan/ antipsikotik/ anksiyolitik gibi) ilaç gruplarından son 5 yıl içerisinde kullanan öğrencilerin kullanmayanlara göre üst bilişsel zeka seviyesi düşük bulunmuştur. İnsanlar yaşamsal olaylarla mücadele etmede yetersizlik hissettiklerinde ve problemlerini çözmede başarısız olduklarında psikiyatri alanında hizmet almaktadırlar. Sterneberg ve Grigorenko (2006), kültürel zeka düzeyinin toplumdan topluma değişebileceğini, bu düzeyin toplumun kendi kültürel beklentileri ile şekilleneceğini belirtmiştir.³⁰ Psikiyatrik bir tedavi almak bizim toplumumuzda genellikle kolay kabul edilebilir bir davranış değildir. Dolayısıyla psikiyatrik tedavi sürecinde ilaç kullanan bireylerin yaşamsal olaylarda yetersiz oldukları kabul edilir. Böyle bir süreçten geçen bireyin problem çözme çabası ve kültürleri tanımadaki kişisel gayretinin değerlendirilmesi sonucunda elde edilen bilişsel zeka seviyesinin düşük olması beklenen bir durumdur.

Öğrencilerin sanat ve sporla ilgilenme durumlarına göre Kültürel Zeka Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sanat ve spor dallarından ikisiyle de ilgilenen öğrencilerin ikisiyle de ilgilenmeyen öğrencilere göre bilişsel zeka puan ortalaması

istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Sanat ve spor dallarından ikisiyle de ilgilenen öğrencilerin ikisiyle de ilgilenmeyen öğrencilere göre motivasyonel zeka puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 3). Sanat ve sporla ilgilenen katılımcıların üst bilişsel zeka seviyeleri yüksekken, her ikisiyle de ilgilenmeyenlerin motivasyonel zeka puanları düşük bulunmuştur. Bireyin farklı kültürlerle etkileşim sırasında kullandığı kültürel bilgisinin farkındalığı ve bu bilgiler üzerinde kontrol sahibi olup olmadığı ile ilgili olan üst bilişsel zekanın, sanat ve sporla ilgilenen katılımcılarda yüksek olması olasıdır. Çünkü bu zeka alt ölçeği bilginin işlenmesi ve kullanılması sürecini kapsar.¹² Gerek sanat gerekse spor dalları ile ilgilenen bireyler öğrenmeye ve yeniliklere açıktır ve bu yönde çaba harcarlar. Ancak aynı grubun motivasyonel zeka puanının düşük olması ilginç bir sonuçtur. Çünkü kültürel zekanın bu alt boyutu bireyin farklı kültürlerden insanlarla etkileşime girme ve kültürlerarası durumlar hakkında bir şeyler öğrenme konusundaki istekliliğiyle ilgilidir. Sanat ve sporla ilgilenen kişilerde bu alanda da zeka puanının yüksek olması beklenir. Bu konuya ilişkin literatürdeki araştırma ve derlemeler sanat ve sporla ilgilenen bireylerin duygusal ve kültürel zeka puan ortalamalarının yüksek olduğu yönündedir.^{26,31,32} Araştırma sonucumuzun literatürden farklı olması öğrencilerin üniversiteye başlamadan önce sanat ve sporla ilgilenme imkanına sahip olma durumlarından etkilenmiş olabilir.

Öğrencilerin sinema ya da tiyatro ile ilgilenme durumlarına göre Kültürel Zeka Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sinema ya da tiyatroya yılda bir kez giden öğrencilerin haftada bir kez, iki haftada bir kez ve ayda bir kez giden öğrencilere göre motivasyonel zeka puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur (sırasıyla, $p<0,01$; $p<0,01$; $p=0,04$). Sinema ya da tiyatroya ayda bir kez giden öğrencilerin haftada bir kez ($p=0,03$)

ve iki haftada bir kez giden öğrencilere göre ($p<0,01$); yılda bir kez giden öğrencilerin haftada bir kez ($p<0,01$) ve iki haftada bir kez ($p<0,01$) giden öğrencilere göre davranışsal zeka puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur. Sinema ya da tiyatroya yılda bir kez giden öğrencilerin haftada bir kez ve iki haftada bir kez giden öğrencilere göre kültürel zeka toplam puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur (sırasıyla, $p<0,01$; $p<0,01$) (Tablo 3). Tiyatro ve sinemaya ilgisi az olan katılımcıların ilgisi fazla olanlara göre kültürel zeka ve alt ölçek puanları düşük bulunmuştur. Literatürde konuyla ilgili doğrudan çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak tiyatro ve sinema izlemenin insanların görsel hafızalarını ve yaratıcılık yönlerini; farklı algılara hitap ettiği için (dolaylı olarak) duygusal ve sanatsal zekalarını ve insanların kültürel bakış açılarını güçlendirdiğine yönelik çalışmalar mevcuttur.³³⁻³⁶

Öğrencilerin bir yılda okuduğu kitap sayısına göre Kültürel Zeka Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bir yılda okuduğu kitap sayısı 15 ve üstü olan öğrencilerin bir yılda okuduğu kitap sayısı 1-5, 6-10 ve 11-15 olanlara göre üst bilişsel zeka puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (sırasıyla, $p<0,01$; $p<0,01$; $p=0,02$). Bir yılda okuduğu kitap sayısı 11-15 olan öğrencilerin bir yılda okuduğu kitap sayısı 1-5 olan öğrencilere göre ($p=0,02$), bir yılda okuduğu kitap sayısı 15 ve üstü olan öğrencilerin bir yılda okuduğu kitap sayısı 1-5 ($p<0,01$), 6-10 ($p<0,01$) ve 11-15 ($p=0,01$) olan öğrencilere göre bilişsel zeka puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Bir yılda okuduğu kitap sayısı 15 ve üstü olan öğrencilerin bir yılda okuduğu kitap sayısı 1-5 ($p=0,01$), 6-10 ($p<0,01$) ve 11-15 ($p=0,01$) olan öğrencilere göre kültürel zeka toplam puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Kitap okuma oranı arttıkça özellikle üst bilişsel zeka puanlarının

arttığı belirlenmiştir. Okuma alışkanlığı, insanların okumayı öğrendikten sonra bu eylemi keyifle yapmalarını sağlamak için kazanmaları gereken önemli bir beceridir. Erken dönemde okuma alışkanlığı kazanan çocukların kelime dağarcığı ve düşünme yeteneği gelişmekte buna bağlı olarak yaratıcı zekâ, dinleme, konuşma yeteneği ve

iletişim becerileri gelişmektedir. Çocukluğun ilk yıllarında kitapla tanışmak ve okuma alışkanlığı edinebilmek çocuğun gelecekteki tüm yıllarını etkilemektedir.³⁷ Kültürel yapıyı zekadan bağımsız düşünmeyen çoklu zeka kuramına göre de kitap okumak bazı zeka çeşitlerinin gelişmesini ve akademik başarıyı desteklemektedir.³⁸

Tablo 3. Öğrencilerin Bazı Özellikleri ile Kültürel Zeka Ölçeği Ortalamalarının Dağılımı ve Anlamlılık (p) Düzeyleri.

Özellikler	Sayı	Kültürel Zeka Ölçeği					
		Üstbilişsel Ort ± SS t-F / p	Bilişsel Ort±SS t-F / p	Motivasyonel Ort ± SS t-F / p	Davranışsal Ort ± SS t-F / p	Toplam Ort ± SS t-F / p	
Öğrenim türü	Yüksek lisans	9	15,22±5,9	16,22±7,7	22,77±8,5	22,88±7,7	77,11±23,3
	Lisans	335	17,84±4,7	15,11±7,2	24,45±7,0	24,80±6,7	82,38±15,8
	Ön lisans	56	16,23±4,8	18,75±8,0	20,96±6,8	21,67±6,2	77,67±18,3
			3,76/ ² 0,05	5,80/ ² 0,07	6,06/ ³ <0,01	5,45/ ³ <0,01	2,32/ ² 0,09
Çalışma durumu	Evet	116	17,00±4,2	13,86±7,5	25,43±7,3	25,54±6,8	81,79±16,4
	Hayır	284	17,79±5,0	16,37±7,3	23,31±6,9	23,83±6,6	81,54±16,5
			-1,48/ ¹ 0,13	-3,07/ ¹ 0,02	2,73/ ¹ <0,01	2,30/ ¹ 0,02	0,13/ ¹ 0,89
Gelir düzeyi	Yüksek	68	17,55±5,7	17,16±7,8	21,79±7,3	22,61±7,4	79,54±19,5
	Orta	305	17,60±4,6	15,12±7,3	24,58±7,0	24,79±6,6	82,18±16,0
	Düşük	27	17,07±4,6	17,74±7,5	21,88±5,6	23,33±5,8	80,40±13,1
			0,14/ ² 0,86	3,21/ ³ 0,04	5,61/ ³ <0,01	3,22/ ³ 0,04	0,79/ ² 0,45
Ders başarı algısı	Çok iyi	23	19,95±7,9	20,52±7,6	22,39±8,8	24,52±8,5	90,00±23,1
	İyi	170	17,87±4,6	16,92±7,2	22,86±6,3	23,49±6,0	81,04±15,8
	Orta	194	17,20±4,3	13,86±7,1	25,29±7,2	25,29±6,8	81,73±15,1
	Kötü	13	14,61±5,4	16,92±8,2	20,15±7,9	20,38±8,7	72,46±24,3
Anne- baba medeni durumu			4,14/ ² 0,05	9,22/ ³ 0,01	5,43/ ³ <0,01	3,74/ ² 0,01	3,45/ ² 0,06
Anne sağ-baba ölü	236	17,56±5,1	17,38±6,8	23,05±5,4	23,30±4,9	81,58±11,2	
Anne ölü-baba sağ	68	15,24±4,7	17,87±6,0	20,26±5,4	21,68±5,9	74,80±14,4	
Anne-baba ayrı	57	17,70±4,4	13,82±6,4	24,75±7,7	25,55±7,1	82,13±17,8	
Anne-baba birlikte	39	18,08±4,8	15,34±8,0	24,72±7,2	24,77±6,9	83,11±16,9	
Anne eğitim düzeyi			5,40/ ³ 0,01	3,92/ ² 0,01	6,83/ ¹ <0,01	4,40/ ² 0,05	4,0/ ¹ <0,01
Okuryazar değil	17	15,05±4,6	19,17±8,8	20,35±6,0	20,41±5,9	75,00±16,6	
İlköğretim	165	17,55±5,4	17,66±7,2	21,73±6,3	22,01±6,5	79,26±17,0	
Lise	188	17,52±4,1	13,36±6,7	25,81±7,0	26,39±6,3	83,11±15,6	
Üniversite	30	19,30±5,4	16,86±8,6	26,23±7,8	26,30±6,3	88,96±15,6	
			2,82/ ¹ 0,03	12,2/ ¹ 0,01	13,27/ ³ <0,01	16,75/ ³ <0,01	4,66/ ³ 0,01
Baba eğitim düzeyi	Okuryazar değil	4	15,0±0,8	16,75±9,8	20,50±6,9	23,0±3,4	75,25±2,7
	İlköğretim	132	16,96±5,4	17,94±7,6	21,71±6,5	22,0±6,5	78,52±18,3
	Lise	214	17,76±4,3	13,58±6,5	25,43±7,0	25,6±6,5	82,73±14,4
	Üniversite	50	18,48±5,2	18,30±8,3	23,60±7,1	24,9±7,0	85,50±19,0
			1,77/ ¹ 0,02	12,64/ ¹ 0,01	8,28/ ³ <0,01	8,39/ ³ <0,01	3,04/ ¹ 0,02
Sanat ve sporla ilgilenme	Her ikisi de	38	15,39±6,4	19,0±7,2	20,36±6,5	21,97±6,9	78,23±19,1
	Yalnız spor	127	17,77±4,9	15,48±8,1	24,64±6,7	25,09±6,3	83,20±16,6
	Yalnız sanat	35	17,65±5,0	18,20±9,4	24,48±6,6	24,25±8,0	84,02±20,5
	Hiçbiri	200	17,82±4,3	14,67±6,4	24,05±7,3	24,30±6,7	80,83±14,9

Tablo 3. Öğrencilerin Bazı Özellikleri ile Kültürel Zeka Ölçeği Ortalamalarının Dağılımı ve Anlamlılık (p) Düzeyleri (Devamı).

Özellikler	Sayı	Kültürel Zeka Ölçeği					
		Üstbilişsel	Bilişsel	Motivasyonel	Davranışsal	Toplam	
		Ort ± SS <i>t-F/p</i>	Ort±SS <i>t-F/p</i>	Ort ± SS <i>t-F/p</i>	Ort ± SS <i>t-F/p</i>	Ort ± SS <i>t-F/p</i>	
		2,83 ² 0,05	5,19 ⁴ 0,01	3,78 ² 0,01	2,09 ² 0,10	1,32 ² 0,26	
Sinema ya da tiyatro gidiş sıklığı	Haftada bir kez	39	18,82±5,0	14,00±6,4	26,33±6,8	26,61±6,0	86,00±14,4
	İki haftada bir kez	162	17,45±4,1	14,67±7,2	25,09±6,7	25,77±6,3	82,86±14,5
	Ayda bir defa	135	17,83±5,3	16,78±7,8	23,33±7,1	23,18±6,7	81,67±18,0
	Yılda bir defa	61	16,40±5,3	16,85±7,4	20,37±6,6	21,21±6,9	75,04±17,9
	Hiçbir zaman	3	18,00±2,0	13,66±13,2	28,06±6,6	31,33±3,5	88,33±3,5
		1,65 ² 0,16	2,40 ² 0,05	6,99 ³ <0,01	8,54 ³ <0,01	3,55 ³ 0,01	
Bir yılda okunan kitap sayısı	1-5	197	17,81±4,5	14,07±7,2	25,06±7,1	25,46±6,9	82,48±16,8
	6-10	128	16,44±4,7	16,09±7,4	22,42±7,2	22,60±6,6	78,11±15,2
	11-15	52	17,76±4,7	17,28±6,0	23,00±6,6	23,94±6,2	81,63±15,7
	15 ve üstü	23	21,13±6,3	22,91±7,3	24,73±4,9	25,00±5,6	93,60±15,8
		6,88 ³ 0,01	11,9 ³ 0,01	4,07 ³ <0,01	4,87 ³ <0,01	6,40 ³ 0,01	

¹Bağımsız Örneklem t Testi, ²Tek Yönlü Varyans Analizi, ³Tek Yönlü Varyans Analizi ve Tukey HSD Çoklu Karşılaştırmalı Testi, ⁴ Tek Yönlü Varyans Analizi ve Games Howell Çoklu Karşılaştırmalı Testi

Kültürel Zeka ve Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Araştırma grubunun Kültürel Zeka Ölçeği puan ortalaması 81,61±16,49 (en az=22; en fazla 128) olarak bulunmuştur. Kahraman'ın (2016) bir üniversitenin iktisat fakültesi öğrencilerine uyguladığı çalışmada öğrencilerin kültürel zeka seviyeleri 86,53 bulunmuştur.²⁰ Çalışmamız bulguları ile benzerdir ve kültürel zeka bakımından her iki çalışmadaki katılımcıların orta düzeyde oldukları söylenebilir. Araştırma grubunun Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği puan ortalaması 85,90±24,41 (en az=30; en fazla=150) olarak bulunmuştur. Bu değer orta düzeyde olumsuz otomatik düşünceleri ifade etmektedir. Roothman (2003), üniversite öğrencilerinin psikolojik iyilik hallerini değerlendirdikleri araştırmada kız öğrencilerin olumsuz otomatik düşünceler puanı 112,68 olarak bulunmuştur.³⁹ Bu değer ortalamının üzerindedir. Öğrencilerin olumsuz algılarının fazla olduğuna ve psikopatolojik bir sürece yatkın olduklarına işaret etmektedir. Olumsuz otomatik düşüncelerin düzeyinin fazla olması bireyin dış dünyaya ilişkin algılarının kötü olduğunu gösterir. Böyle bilişsel sürece sahip bireyin depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemleri yaşaması kaçınılmazdır. Beshai

ve diğ. (2016) depresyon tanısı alan bireylerin olumsuz otomatik düşüncelerini incelediği çalışmada neredeyse tam puan alan hastaların olumsuz algılarının çok yüksek olduğu görülmektedir.⁴⁰ Frewen ve diğ. (2008), bir çalışmada psikolojik rahatsızlığı olan bireylerin olumsuz otomatik düşüncelerinin fazla olduğu vurgulanmıştır.⁴¹

Araştırma grubunun Kültürel Zeka Ölçeği puan ortalaması 81,61±16,49 (en az=22; en fazla 128) olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği puan ortalaması 85,90±24,41 (en az=30; en fazla=150) olarak bulunmuştur.

Araştırma grubunun Kültürel Zeka Ölçeği puan ortalaması 81,61±16,49 (en az=22; en fazla 128) olarak bulunmuştur. Kahraman'ın (2016) bir üniversitenin iktisat fakültesi öğrencilerine uyguladığı çalışmada öğrencilerin kültürel zeka seviyeleri 86,53 bulunmuştur.²⁰ Çalışmamız bulguları ile benzerdir ve kültürel zeka bakımından her iki çalışmadaki katılımcıların orta düzeyde oldukları söylenebilir. Araştırma grubunun Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği puan ortalaması 85,90±24,41 (en az=30; en fazla=150) olarak bulunmuştur. Bu değer orta düzeyde olumsuz otomatik düşünceleri ifade etmektedir. Roothman (2003), üniversite öğrencilerinin psikolojik iyilik hallerini

değerlendirdikleri araştırmada kız öğrencilerin olumsuz otomatik düşünceler puanı 112,68 olarak bulunmuştur.³⁹ Bu değer ortalamasının üzerindedir. Öğrencilerin olumsuz algılarının fazla olduğuna ve psikopatolojik bir sürece yatkın olduklarına işaret etmektedir. Olumsuz otomatik düşüncelerin düzeyinin fazla olması bireyin dış dünyaya ilişkin algılarının kötü olduğunu gösterir. Böyle bilişsel sürece sahip bireyin

depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemleri yaşaması kaçınılmazdır. Beshai ve diğ. (2016) depresyon tanısı alan bireylerin olumsuz otomatik düşüncelerini incelediği çalışmada neredeyse tam puan alan hastaların olumsuz algılarının çok yüksek olduğu görülmektedir.⁴⁰ Frewen ve diğ. (2008), bir çalışmada psikolojik rahatsızlığı olan bireylerin olumsuz otomatik düşüncelerinin fazla olduğu vurgulanmıştır.⁴¹

Tablo 4. Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Kültürel Zeka Ölçeği Korelasyon Analizi ve Anlamlılık (p) Düzeyleri.

Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği	Üstbilişsel Zeka		Kültürel Zeka Ölçeği				Toplam Puan			
	p	r	P	r	p	r	P	r	p	r
Toplam	0,65	-0,02	<0,01	-0,17	0,05	0,09	<0,01	0,24	0,39	0,04

*p<0,01

Kültürel Zeka Ölçeği ve Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kültürel Zeka Ölçeği bilişsel zeka alt boyutu ile Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği arasında ters yönlü istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf bir ilişki saptanmıştır (p<0,01). Kültürel Zeka Ölçeği davranışsal zeka alt boyutu ile Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf bir ilişki saptanmıştır (p<0,01) (Tablo 4).

Kültürel Zeka Ölçeği alt boyutlarından bilişsel zeka alt boyutu ile Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği arasında ters yönlü ve zayıf, davranışsal zeka alt boyutu ile Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği arasında aynı yönlü ve zayıf bir ilişki saptanmıştır. Olumlu ve olumsuz düşünceler bütün insanlarda bulunmaktadır. Olumlu ve olumsuz düşünceler insanların yaşamında, davranışlarına yön verecek kadar etkilidir. Genel anlamda kişinin kendini değerlendirmesi, kişinin kendisiyle ilgili ifadeleri ve iç diyalogları, olaylara yorum getirebilmesi ile ilgilidir. Sosyal çevreden gelen uyarıcılar sonucunda bilinçli, hızlı ve doğal bir şekilde sözel ya da hayali olarak

ortaya çıkan düşünceler olarak ifade edilmektedir.⁴² Bu durumda araştırma sonucumuzda ulaşılan davranışsal zeka ve olumsuz düşünme arasında bir ilişki olması beklenen bir durumdur. Bireylerin sahip olduğu bilişsel süreçler ve değerlendirmeler birbirinden farklıdır. Bir olay karşısında bir kişi çok üzüntü duyarken başka bir kişi aynı üzüntüyü duymayabilir. Hatta bazı insanlar hiç üzüntü hissetmeyebilir.⁴³ Olumsuz düşünme mekanizması aktif işleyen insanların yaşamsal olayları, çevrelerini ve geleceklerini olumsuz olarak değerlendirme eğiliminde oldukları ve düşünce yapılarında bilişsel çarpıtmaların olduğu öne sürülmektedir.⁴⁴ Olumsuz otomatik düşünceler ve bilişsel çarpıtmaları fazla kullanmayan, hayata olumlu bakan insanların duygusal zeka seviyeleri genellikle yüksektir.⁴⁵ Çoklu zeka kuramında da vurgulandığı gibi yaşamsal aktivitelerden keyif alan, hayata pozitif bakan ve problem çözme yeteneği gelişmiş olan insanların bazı zeka yönlerinin yüksek olması beklenir. Bu bağlamda yaşadığı kültürel yapıyı benimseyerek, uyum sağlamış ve kültürel çeşitlilikleri rahatlıkla tanıyıp, algılama ve uyum çabası içinde olan insanların bilişsel süreçlerinde olumsuz otomatik düşüncelere

fazla yer vermemesi beklenir.⁴⁶⁻⁴⁷ Araştırma sonuçlarında; bilişsel zeka seviyesi yükseldikçe olumsuz otomatik düşüncelerinin azaldığı saptanmıştır. Bu beklenen bir durumdur. Ancak olumsuz otomatik ölçek puanı arttıkça davranışsal kültürel zeka seviyesinin de artması ilginç bir sonuçtur. Davranışsal kültürel zekâ, farklı kültürlerden insanlarla etkileşimde bulunurken uygun olan sözlü ya da sözlü olmayan davranış biçimlerini gösterebilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır.^{4,5} İletişim sırasında sözel ve sözel olmayan öğeleri etkin kullanarak kendisini rahat ifade edebilen bir bireyin hayata dair olumsuz algıları ve bilişsel çarpıtmalarının fazla olmasının nedeni; açık ve etkin iletişimin toplumumuz tarafından çok benimsenmemiş olması olabilir. İletişimde net olan bireyin

karşı taraftan sürekli olumsuz tepkiler alması olumsuz otomatik düşüncelerinin artmasına ve davranışsal kültürel zekası yüksek olsa bile yaşamına uyarlamamasına yol açabilir. Kültürel zekâsı yüksek olan insanlar çevrelerinde yaşanan olaylar ve ilişkiler hakkında yüksek bilişsel algıya ve yeteneğe sahiptirler. Kültürel bilginin görünüşte farklı olan parçaları arasında bağlantı kurabilme ve bütünleştirebilme yeteneğine sahiptirler.⁴⁸ Böyle bir bireyin çevresinde yaşayan insanların yaşadığı acılara, hüznümlere duyarlı olması beklenebilir. Zamanla bu empatik yaklaşımı benimseyen özellikle davranışsal kültürel zekası yüksek bireyin yaşadığı çevreye ve dünyaya ilişkin olumsuz algılar geliştirmesi kaçınılmazdır. Bu bulgunun bir diğer nedeni de bu olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, öğrencilerin kültürel zeka seviyeleri ve olumsuz otomatik düşünceleri ortalama düzeyde bulunmuştur. Öğrencilerin olumsuz otomatik düşüncelerinin kültürel zeka üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda;

Üniversitelerin müfredatlarına öğrencilerin kültürel zeka kavramını tanımları ve geliştirmelerini destekleyici; yine bilişsel şemalarını, çarpıtmalarını ve olumsuz otomatik düşüncelerini tanıyabilecekleri içeriğe sahip seçmeli veya zorunlu dersler eklenmesi faydalı olabilir.

Ayrıca aynı araştırmanın daha geniş örneklem grubunda, her iki cinsiyete ve farklı sosyodemografik özelliklere sahip öğrenci

gruplarına uygulanması sosyodemografik özelliklerin kültürel zeka üzerindeki etkisini yordamaya yardımcı olabileceği, bu bakımdan yeni araştırmalar planlanması önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın verileri Burdur il'inde kız öğrenci apartlarında (7 adet) ikamet eden ve üniversitede öğrenim gören kız öğrencilerden toplanmıştır. Araştırmanın evrenini 7 adet apartta kalan tüm kız öğrenciler toplam 552 kişi oluşturmuştur. Ancak araştırmanın uygulanması sırasında apartta olmayan kişiler ve araştırmaya katılmak istemeyen kişiler olması nedeniyle araştırmaya 400 kişi katılabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Gardner H. (2006). Multiple intelligences: New horizons. Basic books. (Rev. ed.)." New York, NY: A Member of the Perseus Books Group 1-36.
2. Korkmaz Z. (1995). Türk Dili üzerine araştırmalar. Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, 1(629): 58.
3. Early PC, Soon A.(2003). Cultural Intelligence: Individual interactions across cultures. Stanford University Press, California, 102-320.
4. Ang S, Van Dyne L, Koh C. (2006). Personality correlates of the four factor model of cultural intelligence. Group and organization management, 31(1): 100-123.
5. Ang, S, Van Dyne L, Tan ML.(2008). Cultural Psychology: Michele J. Gelfand, Chi-Yue Chiu, Ying-Yi Hong (editors). Chapter 6: Cultural intelligence. The Cambridge, 272-282.
6. Moynihan LM, Peterson RS, Earley PC. (2006). Cultural intelligence and the multinational team experience: Does the experience of working in a multinational team improve cultural intelligence? National Culture and Groups. Emerald Group Publishing Limited, 9: 299-323.
7. Cross CP, Brown GR, Morgan TJ, Laland KN. (2016). Sex differences in confidence influence patterns of conformity. British Journal of Psychology, 12-25.

8. Jauk E, Freudenthaler HH, Neubauer AC. (2016). The dark triad and trait versus ability emotional intelligence. *Journal of Individual Differences*, 37: 112-118.
9. Pardeller S, Frajo-Apor B, Kemmler G, Hofer A. (2016). Emotional intelligence and cognitive abilities—associations and sex differences. *Psychology, Health and Medicine*, 1-10.
10. Epstein CF. (2007). Great divides: The cultural cognitive, and social bases the global subordination of women, *American Sociological Review*, 72(1): 1-22.
11. Ang S, Van Dyne L, Yee NK, Koh C. (2004). The measurement of cultural intelligence. Paper Presented at the Annual Meeting of the Academy of Management, New Orleans, LA.
12. İlhan M, Çetin B. (2014). Kültürel Zeka Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29: 94-114.
13. Büyükoztürk Ş. (2007). Sosyal Bilimler için veri analizi el kitabı, Ankara, Pegem Akademi Yayıncılık, 1-20.
14. Pallant, J. (2005). SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for windows. Australia, McGraw-Hill Education, 1-58.
15. Tezbaşaran Ata A. (1997). Likert tipi ölçek geliştirme kılavuzu. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 12: 22-25.
16. Hollan SD, Kendall PC. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4: 383-395.
17. Hisli N. (1990). Otomatik düşünceler ölçeğinin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Psikoloji-Seminer Dergisi (Özel sayı)*, 8: 527-539.
18. Savaşır I, Şahin NH. (1997). Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 9:1-52.
19. Yeşil S. (2010). 21. yüzyılın küresel örgütleri için kültürel zekâ. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(2): 147-168.
20. Kahraman M. (2016). Yabancı dilde kültürel zeka, eğitim ve öğretim araştırmaları dergisi, 5(2): 12-18.
21. Talu N. (1999). Çoklu zeka kuramı ve eğitime yansımaları. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(15):164-172.
22. Brislin R, Worthley R, Macnab B. (2006). Cultural intelligence understanding behaviors that serve people's goals. *Group & Organization Management*, 31(1), 40-55.
23. Koçak S, Özdemir M. (2015). The role of cultural intelligence on the pre-service teachers' attitude toward multi-cultural education. *Elementary Education Online*, 14(4): 1352-1369.
24. Çetin ÇK. (2014). Kültürel Zeka: Uzakyol kaptanları ve uzakyol birinci zabitleri üzerinde bir araştırma. *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(2): 134-155.
25. Peterson B. (2004). Cultural intelligence, a guide to working with people from other cultures. USA: Intercultural Press, 10-98.
26. Thomas DC, Inkson K. (2005). People skills for a global workplace. *Consulting to management*, 16(1): 1-5.
27. Abdollahi A, Yaacob SN, Talib, MA, Ismail Z. (2015). Social anxiety and cigarette smoking in adolescents: The Mediating role of emotional intelligence. *School Mental Health*, 7(3): 184-192.
28. Trinidad DR, Johnson CA. (2002). The Association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32(1): 95-105.
29. Gardner H, Hatch T (1989). Educational implications of the theory of multiple intelligences. *Educational Researcher*, 18(8): 4-10.
30. Sternberg RJ, Grigorenko EL.(2006). Cultural intelligence and successful intelligence. *Group and Organization Management*, 31(1): 27-39.
31. Katsillis J, Rubinson R.(1999). Cultural capital, student achievement, and educational reproduction: The case of Greece. *American Sociological Review*, 270-279.
32. Stempel C. (2005). Adult participation sports as cultural capital a test of bourdieu's theory of the field of sports. *International Review for the Sociology of Sport*, 40(4): 411-432.
33. Çellek T. (2002). Yaratıcılık ve Eğitim Sistemimizdeki Boyutu. *Üniversite ve Toplum*, 2(1): 2-4.
34. Harputlugil M. (2004). Bir çoklu zeka kuramı uygulaması. *İlköğretim-Online*, 3(2): 67-72.
35. Shmueli Gabel R, Dolan SL, Luc Cerdin J. (2005). Emotional intelligence as predictor of cultural adjustment for success in global assignments. *Career Development International*, 10(5): 375-395.
36. Trevarthen C. (2005). Action and emotion in development of cultural intelligence: Why infants have feelings like ours. *Emotional Development*, 61-91.
37. Tanju EH. (2010). Çocuklarda kitap okuma alışkanlığına genel bir bakış. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 21(21):30-39.
38. Özden Y. (2005). Öğrenme ve öğretme. Pegem Yayınları. 7.Baskı, Ankara: Başak Matbaası, 109-135.
39. Roothman B, Kirsten DK, Wissing MP. (2003). Gender differences in aspects of psychological well-being. *South African Journal of Psychology*, 33(4): 212-218.
40. Beshai S, Dobson KS, Adel A, Hanna N. (2016). A Cross-cultural study of the cognitive model of depression: Cognitive experiences converge between Egypt and Canada. *PloS one*, 11 (3). e0150699.
41. Frewen PA, Evans EM, Maraj N, Dozois DJA. (2008). Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking, cognitive therapy and research, 32 (6): 758-774.
42. Beck AT, Freeman A, Davis DD. (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Second Edition, New York: The Guilford Press, 1-28.
43. Şar AH, Barut Y, Koç M. (2007). Bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı grupla psikolojik danışmanın son çocukluk çağı (7-11 yaş) depresyonuyla başetmeye etkisi. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14: 18-32.
44. Aysan F, Bozkurt N. (2000). Bir grup üniversite öğrencisinin kullandığı başa çıkma stratejileri ile depresif eğilimleri ve olumsuz otomatik düşünceleri arasındaki ilişki. *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 12: 25-38.
45. Deniz M, Avşaroğlu S. (2014). Üniversite öğrencilerinin duygusal zekâ yeteneklerinin karar vermede özsaygı ve karar verme stillerini açıklama düzeyinin incelenmesi. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16(1): 121-138.
46. DiMaggio P. (1997). Culture and cognition. *Annual Review of Sociology*, 23: 263-287.
47. Srivastava SB, Banaji MR. (2011). Culture, cognition, and collaborative networks in organizations. *American Sociological Review*, 76(2): 207-233.
48. Mercan N. (2016). Çok kültürlü ortamlarda kültürel zekanın kültürler arası duyarlılık ile ilişkisine yönelik bir araştırma. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(1): 1-13.

Acil Servislerde Yaşanan Sorunların Çalışanlar Gözünden Değerlendirilmesi

The Evaluation Of The Problems' Emergency Services From Staff Perspectives

Selma SÖYÜK¹, Sümeyye ARSLAN KURTULUŞ²

ÖZET

Acil servislerin, acil sağlık hizmetlerindeki rolü oldukça önemlidir. 24 saat kesintisiz hizmet veren acil servisler, hastanelerin vitrini konumundadır. Ayrıca derhal müdahale gerektiren akut vakaların tanı ve tedavilerinin gerçekleştiği, en kaotik, riskin en çok olduğu, iş kazalarının ve iş risklerinin en yoğun yaşanabildiği birimlerdir. Acil servislerde, sağlık hizmetini en kısa sürede hızlı ve kaliteli bir şekilde sunmak ana hedefdir. Bu yüzden acil servislerde verilen hizmetlerin iyi organize edilmesi, sorunsuz bir şekilde yürütülmesi ve iyi şartlarda verilmesi gerekir. Bu araştırmanın amacı acil servis çalışanları gözünden, acil servis sorunlarının değerlendirilmesidir. Kalitatif tipte tasarlanan bu araştırma İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesi acil servisinde çalışan toplam 25 acil sağlık personeli ile yürütülmüştür. Çalışmada 11 soruluk yarı yapılandırılmış mülakat formu kullanılmıştır. Araştırmaya katılan her bir kişi ile derinlemesine görüşme yapılmış, görüşmeler 15 ila 20 dakika arasında sürmüştür, elde edilen veriler içerik analizi yoluyla değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda ortaya çıkan ana bulgulara göre; konsültasyon uygulama sorunları, etkili yapılamayan triaj, acil servislerin hastalar tarafından uygunsuz kullanılması, acil servise uygunsuz-gereksiz sevklerin yapılması, acil servisin fiziksel alanın yetersiz olması, malzeme temini konusunda sorunlar yaşanması, personel sayısının yetersiz, iş yükünün ve mesai saatlerinin fazla olması ve yönetici-çalışan-hasta yakını arasında iletişim eksikliği/bozukluğu temel sorunlar olarak belirlenmiştir. Tüm bu sorunlar değerlendirildiğinde, yönetimdeki karar alıcılar tarafından, toplum acil servis ve sevk konusunda bilinçlendirilmeli, birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili kullanımı konusunda teşvik edilmeli, acil servislerde hizmetlerin aksamaması için satın alma ihale süreçleri mümkün olduğunca kısa tutulmalı, acil servis çalışanlarının memnuniyetinin sağlanması için istek ve önerileri göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Triaj, Acil Sevk, Sağlık Yönetimi.

ABSTRACT

The role of emergency department is very important in emergency medical services. Emergency services, which provide uninterrupted service 24 hours, are the vitrines of hospitals. Emergency departments are the most chaotic, riskiest, and most intensive workplace accidents and workplace risks that acute cases require immediate intervention. In emergency departments, it is the main aim to present the health service in a fast and high quality in the shortest possible time. Therefore, the services provided in the emergency services should be well organized, carried out smoothly, and provided on good terms. The purpose of this study is to evaluate the emergency service problems in terms of emergency service staff. The study, designed as a qualitative type, was carried out with a total of 25 emergency health staff in a training and research hospital in Istanbul. A semi-structured interview form with 11 questions was used in the study. In-depth interviews were conducted with each participant in the study, interviews lasted between 15 and 20 minutes, and the obtained data were evaluated by content analysis. According to the main findings at the end of the study; consultation application problems, ineffective triage, improper use of emergency services by patients, improper/unnecessary referrals to emergency services, inadequate physical area of emergency department, problems in material supply, inadequate number of staff, high workload and working hours, communication failure between employee and patient relatives/manager have been determined as main problems in emergency service. When all these problems are evaluated, people should be aware of emergency service and referral, encouraged to use primary health care more effectively, purchase procurement processes should be kept as short as possible in order to prevent services delay in emergency services and the desire and suggestion should be taken into consideration by the management to ensure the satisfaction of the emergency service staff.

Key words: Emergency Service, Triage, Emergency Referral, Health Management.

*Bu çalışma 3. İstanbul Sağlık Yönetimi Öğrenci Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur. 22 Mayıs 2016, İstanbul

¹Yrd. Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

²Arş. Gör. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

İletişim / Corresponding Author :

Sümeyye ARSLAN KURTULUŞ
sumeyyearslan88@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 05.04.2017

GİRİŞ VE AMAÇ

Acil sağlık hizmetleri, acil yardım ve kurtarma ile başlayıp, ambulans hizmetleri, kaza servisleri ve rehabilitasyon hizmetleri ile devam eden sağlık hizmetleridir.¹ İlk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile derhal tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlar acil durumlardır.⁴ Acil sağlık hizmetleri zincirinin halkalarının birinde meydana gelen bir bozukluk veya başarısızlık, tüm zinciri etkileyebilmektedir.¹ Ancak acil servislerin bilinçsizce kullanımı, aşırı hasta yoğunluğuna neden olmakta ve acil birimlerin işini zorlaştırmaktadır. Bu durumda bekleme süreleri uzamakta, ciddi hastalığı olan hastaların tedavileri gecikmekte, hasta memnuniyetsizliği artmakta, acil serviste genel bir karmaşa ve yetersizlik durumu ortaya çıkmaktadır.⁶

Acil servis hizmetlerinin uygun olmayan hastalar tarafından kullanılması ise evrensel bir sorundur. Hastaların birinci basamak sağlık hizmetleri yerine acil servisleri kullanmasının pek çok nedeni vardır. Poliklinik randevusu alamayan hastaların anında sağlık hizmeti alabilmesi, laboratuvar hizmetlerinden yararlanmak, acil servislerin daha donanımlı olduğuna inanmak, tetkik-tedavi işlemlerinin daha hızlı yapılacağını düşünmek gibi faktörler, acil servisi seçme nedeni olarak tanımlanabilir.^{4,11} Acil servisler, farklı nedenlerle gelen olguların aynı anda bakıldığı, ölüm oranlarının yüksek olduğu birimler olduğu için, burada çalışan personel açısından da stresli ve gergin ortamlardır. Kritik halde acile getirilen/başvuranların yakınları belirsizlik, endişe ve korku yaşamakta, tedavi konusunda aşırı beklentiye girebilmektedirler. Hasta yakınları, maddi sorunlar, tedaviye rağmen bazı vakaların kurtarılamaması gibi nedenlerle de çoğu zaman acil servis personeli suçlamaktadırlar. Hastanede yaşanan şiddet olaylarının sıklığı açısından acil servisler, psikiyatri servislerinden sonra ikinci sırada yer almaktadır.¹² Bu nedenlerle acil servisler hizmeti planlayanlar ve verenler için

zorlayıcı, hastalar ve yakınları için sıkıntılı ve herkes için pahalı ortamlardır.⁴

Acil servislerin yoğun tempoda çalışması ve sağlık personelinin vakalara hızlı karar vermesi gerekliliği yönetimi zorlaştırmaktadır. Ayrıca acil servislerin 24 saat kesintisiz hizmet vermesi yöneticilerin mesai saatinden sonra alanda bulunmaması sağlık personeli karar verme sürecinde zor durumda bırakabilmektedir.⁴ Acil sağlık hizmetlerinin pahalı yöntem ve malzemeler gerektirmesi yanında, etik ve yasal yönden asgari standartların zorunlu olması, bu hizmetlerin daha dikkatli planlamasını gerektirmektedir.¹ Bu nedenle acil sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde hizmet vermesi büyük önem taşımaktadır.

Literatürde acil sağlık hizmetleri ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde ve hastane acil servislerinde yapılan çalışmalar şeklinde iki kısma ayrıldığı görülmektedir. Konuyla ilgili literatürde yapılan çalışmaların dağılımının şu şekilde olduğu tespit edilmiştir: Acil servislerin kullanım özellikleri ve aciliyet uygunluğu ile ilgili çalışmalar^{5-6,14,20}; 112 acil yardım-ambulans hizmetlerinin kullanımı ve değerlendirilmesi ile çalışmalar^{2,13,16-17,23}; acil servise başvuran adli olguların değerlendirilmesi ile ilgili çalışmalar²¹⁻²²; acil servislerde hasta ve yakınlarının memnuniyeti ile ilgili çalışmalar^{11,19} ve acil servislerde çalışan personelin hak ve sorumlulukları, tükenmişlik ve iş doyumu ile ilgili çalışmalar^{9,12} şeklinde olduğu görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin ana temasında “insan” vardır. Merkezinde insan ve insan sağlığı olan bir sektörde sunulan hizmetlerin olabildiğince hatasız ve eksiksiz olması gerekmektedir. Hele ki sağlık hizmetlerinin vitrini konumunda olan ve ülkelerin gelişmişlik düzeyi hakkında fikir veren acil sağlık hizmetlerinde doğrudan ve zamanında yapılan müdahalelerin hayat kurtardığı, hataların ise dönüşü olmayan sorunlara neden olduğu aşikârdır. Hizmetin hatasız ve eksiksiz sunumunun yanında kaliteli sunulması da oldukça önemlidir. Sağlık

Bakanlığı ve ulusal-uluslararası sağlık kuruluşlarının, sağlık hizmetlerinde kalite konusuna verdiği önem ortadadır. Kaliteli bir sağlık hizmeti ile hasta memnuniyeti sağlanabilir. Hasta memnuniyeti beraberinde çalışan memnuniyetini getirir. Sağlık sektörünün kendine has bir takım özellikleri nedeniyle çalışanlar arasında baskı da yüksek olabilmektedir. Çalışanların kaliteli sağlık hizmeti sunabilmesi için, sorunsuz bir ortamda çalışmalarını gerekmektedir. Bu araştırmada çalışanların gözünden acil servislerin sorunları tespit edilmek istenmiştir

Yapılan araştırmalar dikkate alındığında acil servislerde yaşanan sorunların tamamını tek bir çalışmada ele alan bir araştırmanın

olmadığı görülmüştür. Bu nedenle çalışmamızın, acil servis sorunlarını belirlenmesi açısından ilk çalışmalardan biri olacağı düşünülmektedir. Kaotik ve karmaşık yapısı nedeniyle acil servislerin sorunlarının tespiti ve çözümler üretilmesi oldukça önemlidir. Çalışmada ayrıca, acil servis çalışanları ile birebir yapılan görüşmelerden yararlanıldığı için sorunların çalışan gözüyle tespiti sağlanmıştır. Araştırmanın amacı bir eğitim ve araştırma hastanesinin acil servisinde çalışanların gözünden acil servis sorunlarını belirlemektir. Bu amaçla 25 acil sağlık personeli ile birebir derinlemesine görüşmeler yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Çalışma kalitatif tipte keşfedici bir araştırmadır. Çalışmada literatüre dayanarak onbir soruluk yarı yapılandırılmış mülakat formu oluşturulmuştur. Soru formunun ilk kısmında sosyo-demografik bilgilerin yer aldığı sorular bulunmaktadır. İkinci kısmında ise acil servislerin sorunlarına yönelik olarak sorulan sorular Tablo 1’de gösterilmiştir:

Tablo 1. Derinlemesine Mülakat Soruları

Sorular
1. Acil servislere acil olmayan hastalar çok sık geliyor mu? Bu önlenebilir mi?
2. Acil serviste konsültasyon ile ilgili sorunlar yaşıyor musunuz? Kısaca anlatınız.
3. Acil servislerin yoğunluğu azaltılabilir mi? Nasıl?
4. Acil servis için yapılan satın alma ihaleleri konusunda ne düşünüyorsunuz? Gerekli olan ekipmanı yeterli seviyede ve istediğiniz zaman bulabiliyor musunuz?
5. Sizce yasal düzenlemeler acil servislerin iş akışını ve çalışmaları zorlaştırıyor mu? Açıklayınız.
6. Acil servislerdeki triaj uygulamasının etkili yapıldığını düşünüyor musunuz?
7. Sağlık çalışanlarının acil servislerde görev yapmaları için özendirilmesi konusunda ne gibi uygulamalar yapılabilir?
8. Sizce acil servislerde çalışan personel konusunda yaşanan en önemli sorunlar nelerdir?
9. Sizce acil servislerde hasta yakınları ile yaşanan en önemli sorunlar nelerdir?
10. Sizce acil servislerde yönetsel açıdan yaşanan en önemli sorunlar nelerdir?
11. Acil servislerde işleyiş açısından yaşanan en önemli sorunlar nedir?

İstanbul’daki bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servis çalışanları ile birebir derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Araştırma uygulaması için bahsedilen hastanenin seçilme nedenleri arasında bulunduğu lokasyon itibarıyla Avrupa yakasının en fazla hasta potansiyeline sahip olması ve eğitim ve araştırma hastanesi olması yer almaktadır. Araştırma için Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’nden gerekli izinler Ocak 2016 yılında alınmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanları seçilirken acil ünitelerde görevli olan her sağlık çalışanından bir örneklem almaya özen gösterilmiştir. Araştırmada veri toplama aşaması üç haftalık süreyi kapsamış ve çalışma gönüllülük esasına göre yürütülmüştür. Bu kapsamda on üç hemşire, yedi doktor, üç acil tıp teknisyeni, bir ebe ve bir paramedik olmak üzere çalışmaya katılmayı kabul eden toplam yirmibeş acil servis çalışanına ulaşılmış, görüşmeler her bir kişi için ortalama onbeş-yirmi dakika sürmüştür. Elde edilen veriler içerik analizi yoluyla değerlendirilmiştir. Görüşmeler ses kaydına alınarak gerçekleştirilmiştir. Tüm görüşmeler tamamlandıktan sonra ses kayıtları yazıya aktarılıp metin haline dönüştürülmüştür. Her bir soru için verilen tüm cevapların frekansı alınmış, farklı cevap bulana kadar tüm cevaplar değerlendirilmiştir. Bunun sonucunda verilerin özetlenmesi sağlanmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmadan elde edilen analiz sonuçlarına göre, çalışmaya katılanların %76'sı (n=19) kadın, %28'i (n=7) 18-25, %64'ü (n=16) 26-35, %8'i (n=2) 36-50 yaş grubuna dahil, %8'i (n=2) lise, %12'si (n=3) ön lisans, %44'ü (n=11) lisans ve %36'sı (n=9) lisansüstü eğitim seviyesine sahip, %52'si (n=13) hemşire, %28'i (n=7) doktor, %12'si (n=3) acil tıp teknisyeni ve %4'ü (n=2) paramedik ve ebelerden oluşmaktadır. Katılımcıların %16'sı (n=4) 1 yıldan az, %36'sı (n=9) 1-5 yıl arası, %40'ı (n=10) 6-15 yıl arası ve %8'inin (n=2) 15 yıldan fazla çalıştığı görülmektedir. Çalışmaya katılanların %12'sinin (n=3) ise yöneticilik pozisyonunun olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Acil Servis Çalışanlarının Sosyo-Demografik Bilgileri

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	6	24,0
Kadın	19	76,0
Yaş		
18-25	7	28,0
26-35	16	64,0
36-50	2	8,0
Eğitim Durumu		
Lise	2	8,0
Ön Lisans	3	12,0
Lisans	11	44,0
Lisansüstü	9	36,0
Meslek		
Hemşire	13	52,0
Doktor	7	28,0
Paramedik-Ebe	2	8,0
Acil Tıp Tek.	3	12,0
Çalışma Süresi		
<1 yıl	4	16,0
1-5 yıl	9	36,0
6-15 yıl	10	40,0
+16 yıl	2	8,0
Yöneticilik Görevi		
Var	3	12,0
Yok	22	88,0
Toplam	25	100,0

Çalışmanın içerik analizinden elde edilen bulguları ise aşağıdaki gibi verilmiştir:

1. Acil servislere acil olmayan hastalar çok sık geliyor mu? Bu önlenebilir mi?

"Evet, çok geliyor. Hastalar TSM (toplum sağlığı merkezi) tarafından acil olan hastalar

belirlenip mesai saatlerinde acile yönlendirilebilir. Toplum bu konuda eğitilebilir" (Hemşire, 26 Yaş).

"Çok sıklıkla acil olmayan hasta bakıyoruz. Önlenebilir ama yeşil alandan ekstra ücret kesilebilir, boşuna meşgul ettiği için" (Asistan doktor, 29 Yaş).

"Evet. Aile danışmanlıklarının artırılması" (Hemşire, 24 Yaş).

"Evet. Polikliniklerin sayısı arttırılsın, çalışma süreleri uzatılsın, randevu sistemi düzeltilsin" (Hemşire, 25 Yaş.)

"Maalesef evet. Ancak bunun önlenebileceği konusunda pek ümitli değilim. Halkımızın eğitim durumu, medyanın gereksiz panik bildireleri ve yıllardır alışlagelmiş yanlış uygulamalar mevcut" (Doktor, 41 Yaş).

"Evet. Aile hekimliği daha aktif kullanılırsa önlenebilir. Kamu spotu çıkartılabilir" (Ebe, 28 Yaş).

"Sıklıkla geliyor. Evet, önlenebilir özellikle 112 ekipleri gerçekten acil olmayan vakalara çıkarılmamalıdır. Eleme yapılmalıdır" (Acil tıp teknisyeni, 31 Yaş).

"Önlenebilir. Triaaj yapılan yerde bir doktor bir hemşirenin olup grip, boğaz ağrısı, tonsilit gibi şikayetlerle gelen hastaların tedavileri reçete halinde orderlanabilir. Bu önlem alınabilir" (Hemşire, 23 Yaş).

"Evet. İnsanları bilinçlendirme kampanyaları, örneğin ikiden fazla aynı şikâyetle geliyorsa sınırlamaya gidilmeli. Örnek; başım ağrıyor" (Hemşire, 30 Yaş).

Bu ifadeler sonucunda;

Acil servislere acil kriterlere uygun olmayan hastaların çok fazla başvurduğu,

Acil servislerin uygunsuz kullanımının sevk sistemini etkili kullanarak, toplumu bilinçlendirerek, triajda yeşil alandan ekstra ücret alarak önlenebileceği bilgisine ulaşılmıştır.

2. Acil serviste konsültasyon ile ilgili sorunlar yaşıyor musunuz? Yanıtınız evet ise kısaca anlatınız.

"Konsültasyona geç cevap yazılıyor. Bu yüzden hastalar saatlerce bekleniyor" (Hemşire, 26 Yaş).

"Konsülte edilen hekimin geç gelmesi. Bu süre içinde hasta ve hasta yakınlarının mobbing uygulaması." (Hemşire, 24 Yaş)

"Konsülte edilen bazı birim hekimlerinin ön yargıları, hastaya müdahale etmeden acil olmadığını düşünmeleri " (Asistan doktor, 28 Yaş).

"Konsültasyonların aşırı sayıda istenmiş olması nedeniyle, tarafımızdan istenen konsültasyonların yeterli sürede ve nitelikte değerlendirilemediğini düşünüyorum" (Doktor, 41 Yaş).

"Aşırı miktarda konsültasyon istenmesi, hasta yoğunluğunun fazla olması sebebiyle iyi bakılmadığını düşünüyorum. Üst solunum enfeksiyonu diye çoğu bölüm tarafından yönlendirilen hastaların fizik muayeneleri normal çıkmaktadır" (Asistan doktor, 28 Yaş).

"Uzman doktorların konsültasyonlara gelmesini istiyoruz. Asistan doktorların gelmesi hastaların sağlıkları açısından ciddi problem oluşturuyor" (Hemşire, 23 Yaş).

"En sık rastladığımız sorun bizler hasta yatışına ilişkin konsültasyon isteyen birimiz. Hastaların acil servisten biran önce ilgili servislerine gitmesini istiyoruz ama tekrar istenen konsültasyon istekleri ile acil servislerde kalışları uzuyor" (Doktor, 44 Yaş).

Bu ifadeler sonucunda;

Çok sayıda konsültasyon istendiği,

Konsültasyon sürelerinin uzun sürdüğü,

Konsültasyonlara uzman yerine asistan hekimlerin geldiği söylenmiştir.

3. Acil servislerin yoğunluğu azaltılabilir mi? Nasıl?

"Acil müdahale gerektirmeyen hastalar kabul edilmeyip TSM'lere (toplum sağlığı merkezi) yönlendirilebilir. Yeterli doktor ve hemşire çalıştırılarak yoğunluğun oluşmaması sağlanabilir" (Hemşire, 26 Yaş).

"Aileler bilinçlendirilip sağlık ocağı ve poliklinik randevusu alınarak" (Asistan doktor, 29 Yaş).

"Azaltılabilir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına ilk olarak başvurmaları sağlanabilir. Bu durum zorunluluk haline getirilebilir" (Asistan doktor, 28 Yaş).

"Acil olmayan hastalar acil servise başvurmasın. Hemşire ve doktor sayısı arttırılsın. Polikliniklerin çalışma süresi uzatılsın" (Hemşire, 25 Yaş).

"Evet azaltılabilir. Hastaya doğru triaj uygulanabilir" (Paramedik, 28 Yaş).

"Acil servis muayene fiyatlandırılmalarındaki düzenlemeler, halkın özellikle sağlık bakanlığı tarafından bilgilendirilmesi" (Doktor, 41 Yaş).

"Evet azaltılabilir. Poliklinik hastaları acilde muayeneye kabul edilmemelidir" (Acil tıp teknisyeni, 31 Yaş).

"Türkiye şartlarında imkansız gibi, ilk hastalanan kişinin aklına hemen acil servis geliyor" (Acil tıp teknisyeni, 20 Yaş).

Bu ifadeler sonucunda; çalışmaya katılanların çoğu aşağıdaki önerilerle acil servislerin yoğunluğunun azaltılabileceğini ifade etmiştir:

Sevk zinciri aktif kullanılarak,

Toplum bilinçlendirilerek,

Etkin triaj uygulanarak,

Acil alan genişletilerek,

Acil servis muayene fiyatlandırılmaları yeniden düzenlenerek,

Polikliniklerin çalışma süreleri arttırılarak yoğunluk önenebilir.

4. Acil servis için yapılan satın alma ihaleleri konusunda ne düşünüyorsunuz? Gerekli olan ekipmanı yeterli seviyede bulabiliyor musunuz?

"İhaleler çok uzun sürüyor. En lüzumlu malzeme olan oksilop olmamasına rağmen haftalarca ihale yapılacak diye hastaları saatlerce ambulamak zorunda kaldık. Çoğu zaman bazı malzemelerde eksiklikler yaşıyoruz" (Hemşire, 26 Yaş).

"Hayır. Özellikle kalite açısından düşük olan ekipmanların hastane yönetimine acilde daha hızlı tüketilir bakış açısıyla göndermeleri yanlış" (Hemşire, 26 Yaş).

"Hastane adına gerekli ihalelerin uygun şartlarda yapıldığını ve yeterli ekipmanların yeterli seviyede bulunduğunu düşünüyorum" (Doktor, 41 Yaş).

"Yoğunluktan dolayı malzeme sirkülasyonu yok maalesef" (Ebe, 28 Yaş).

"Genellikle malzeme eksik oluyor ya da çok kaliteli malzemeler gelmeyebiliyor mesela yakın zamanda enjektörlerde sıkıntı yaşadık. Kırık çıkıyor. Kalite konusunda sıkıntılar var. İhalelerin uzun sürmesi konusunda bize yansıyan ya da bizim bilgimiz dahilinde bir şey olmuyor. Belli başlı malzemeler dışında genelde her şeyi bulabiliyoruz ama mesela bir oksilatör gibi çok pahalı cihazlar, teknolojik cihazlarımız var onlara mesela ulaşmakta sıkıntı yaşıyoruz" (Acil tıp teknisyeni, 33 Yaş).

"Evet, satın alma süreçleri kamu hastaneleri birliğiyle beraber ciddi manada sıkıntı oluyor. 2 yıldır taleplerim var, o taleplerle ilgili sürekli teminat konusunda sıkıntı yaşıyorum, doğrudan temin mi olacak yoksa ihale mi alınacak sekreterliğe mi gitsin, sekreterliğe gidenden haber gelmiyor geri bildirim bize yapılmıyor, gelir sorumlulukları şu düzeyde paramız yok biz bunu şu dönemde alamayız diye net cevaplar yok" (Hemşire, 28 Yaş).

Bu ifadeler sonucunda;

Satın alma ihalelerin çok uzun sürdüğü,

Düşük kaliteli ekipmanların acile yönlendirildiği,

Yoğunluktan dolayı malzeme sirkülasyonunun olmadığı,

Alınan ekipmanların eksik olduğunu, kırık ve bozuk çıkabildiği sonucuna ulaşılmıştır.

5. Sızce yasal düzenlemeler acil servislerin iş akışını ve çalışmalarını zorlaştırıyor mu? Açıklayınız.

"Evet. İş akışımızı zorlaştırıyor. Normal prosedürleri uygulamak için az hasta bakmamız gerekirken tüm prosedürlerin uygulanması isteniyor" (Hemşire, 26 Yaş).

"Evet. Örneğin birinci basamak düzeyinde bakılması halde aile hekimliğine gidilmesi gereken durumlar 112 ambulans ile 3. düzey hastanelerin iş yükünü ve verimliliğini azaltıyor" (Doktor, 41 Yaş).

"112 ile gelen hastaların bazılarını 2. basamakta izlenmesi yeterli. Örneğin elektrikler gittiğinde mekanik ventilatörlü hastaların hepsinin 3. basamağa getirilmesi gibi" (Asistan doktor, 28 Yaş).

"ASKOM kuralı. Yoğun bir hastane olmamıza rağmen kabul edilmeyen hastaların gönderilmesi 112'ye ne kadar yoğunluk veriliyor olmasına rağmen hasta geliyor" (Hemşire, 22 Yaş).

"Evet. Darp, yaralanma gibi durumlarda adli raporlar, üst yazılar işimizi zorlaştırıyor" (Hemşire, 23 Yaş).

"Dosya doldurmak. Acil serviste bize çok zaman kaybettiren durum mesela dosyanın dolması gerekiyor. Belki evet yasal olarak hastanın bilgilerini, anemnezini a dan z ye her şeyini kaydetmek gerekiyor ama acilde bizim için gerçekten çok büyük zaman kaybı" (Acil tıp teknisyeni, 33 Yaş).

Bu ifadeler sonucunda;

Yasal düzenlemelerin, alana entegre edilmesinde problem olduğunu,

Hastanenin yoğunluk bildirilmesine karşın 112'nin hasta naklettiği ve acil servisin hastaya bakma zorunluluğu olduğu için çok fazla yoğunluk yaşandığı belirlenmiştir.

6. Acil servislerdeki triaj uygulamasının etkili yapıldığını düşünüyor musunuz?

"Hayır. Çünkü doktor durmuyor triajda" (Hemşire, 26 Yaş).

"Hayır. Çünkü acil serviste başvuran her hastaya bakılma zorunluluğu var. Neredeyse tümü yeşil alan ve bu durumda triaj yapılmıyor" (Asistan doktor, 28 Yaş).

"Hayır. Bağıran çağırın biri olduğunda hemen içeri alınıyor" (Hemşire, 30 Yaş).

"Şöyle ki biz triaji sadece bir triaj memuru ile yapıyoruz. O yüzden biz bu konuda yeterli donanıma sahip olmadığımız için yeterli düzeyde yapıldığını düşünmüyorum. Yanımızda bir hekimin de olması gerektiğini düşünüyorum mesela. Belki o zaman yeterli düzeyde yapılabilir bir hekimle beraber biz triaj yapmak istiyoruz çünkü biz bu şekilde yeterli düzeyde triaj yapamıyoruz ya da hastaları belki doğru yönlendiremeyebiliyoruz" (Acil tıp teknisyeni, 33 Yaş).

"Yapılıyor, bizler kapı önünde göğüs ağrılarını dakikalar içerisinde müdahale edilmesi gereken kanamalı hastaları bekletmiyoruz triaj bu açıdan bizim için çok önemli" (Doktor, 44 Yaş).

"Bizim hastanemizde tam anlamıyla işlemiyor. Çünkü yoğunluktan dolayı kırmızı ve sarı alanlarımız ambulandan gelen hastalarımızla doluyor. Yeşil alana başvuran hastalarımıza triaj uygulamaya çalışıyoruz" (Acil tıp teknisyeni, 20 Yaş).

"Genel olarak Türkiye'de efektif olarak yapıldığını düşünmüyorum. Birçok hastanelerimizde hala triaj uygulaması yok. Hastalarımızın triaj uygulamasından haberi yok bilmiyorlar. Sağlık çalışanları da triaji büyük oranda bilmiyorlar. Bu yüzden çok efektif ve doğru işlediğini düşünmüyorum" (Doktor, 32 Yaş).

Bu ifadeler sonucunda;

Triajın tam anlamıyla işlemediği,

Alanda uzman kişilerce triajın yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

7. Sağlık çalışanlarının acil servislerde görev yapmaları için özendirilmesi konusunda ne gibi uygulamalar yapılabilir?

"Düzenli disiplinli bir sistemle çalışılması. Maddi olarak desteklenmesi. Acil serviste çalışmak isteyen kişilerin çalıştırılması" (Hemşire, 26 Yaş).

"Uygun mesai saatleri ve maddi olarak" (Asistan doktor, 29 Yaş).

Motive edilmeli. İzin günleri arttırılmalı" (Hemşire, 24 Yaş).

"Döner sermaye hesaplamalarında farklılıklar ve oranlarının arttırılması. Yönetim ve idare tarafından koruyucu ve özendirici uygulamalar planlanmalıdır" (Doktor, 41 Yaş).

"Ödüllandirme" (Ebe, 28 Yaş).

"Eğitimler yapılabilir" (Hemşire, 20 Yaş).

"Öncelikle yıpranma payı verilmesini istiyoruz. Acil servis çok yoğun ve stresli bir ortam. Güvenliğin arttırılması ve hasta yakınlarıyla olan muhatabın azaltılması çalışanları olumlu motive edebilir" (Hemşire, 35 Yaş).

"Hasta yoğunluğu azaltılabilir. Gece polikliniği açılırsa faydalı olabilir. Nöbet süremiz çok fazla ve hemşireye çok yük biniyor koordinasyon, hasta yakını hasta, çalışanlar herkesle muhatap oluyoruz sayı artarsa çok iyi olur" (Hemşire, 23 Yaş).

"Acil servis farkları arttırılabilir çünkü burada çok fazla kişi çalışmak istemiyor hem güvenlik açısından hemen enfeksiyon açısından direk hastayla biz ilk maruz kalanız gerekli önlemler hasta hakkında yeteri kadar bilgiye sahip olmadığımız için ilk başta bütün enfeksiyonlar bütün hastalıklar bulaşma olasılığı olabilir mümkün olduğu kadar bunlar ile ilgili önlemler alıyoruz ama bu ne kadar yeterli gerekli farklar arttırılabilir gerekli eleman sayısı sağlanırsa ve gerekli sosyal aktivitelerle taçlandırılırsa burada çalışmak isteyen arkadaşlarımızın sayısının artacağını düşünüyorum" (Hemşire, 30 Yaş).

Bu ifadeler sonucunda;

Düzenli ve disiplinli bir sistem geliştirildiğinde,

Maddi–manevi motivasyon sağlandığında,

İş yükü azaltıldığında,

Çalışanların güvenliği sağlandığında, sağlık çalışanlarının acil serviste çalışmaya teşvik edilebileceği sonucuna ulaşılmıştır.

8. Sizce acil servislerde çalışan personel konusunda yaşanan en önemli sorunlar nedir?

“Personel sayısının azlığı, personelin sık sık değişmesi, personele mobbing uygulanması” (Hemşire, 26 Yaş).

“Acillerin aşırı yoğunluğu, acil olmayan hastaya bakılma zorunluluğu, sağlık personelinin güvenliğinin sağlanamaması yeterince”(Asistan doktor, 28 Yaş).

“Hasta ve yakınlarının personele şiddet uygulaması, fiziksel ve psikolojik yorgunluk, sosyal hayata pek vakit ayıramamak” (Hemşire, 25 Yaş).

“Personel eksikliği, malzeme eksikliği”(Ebe, 28 Yaş)

“Personel eksikliği, hizmet içi eğitimlerin yetersiz olması, diğer ekip üyeleriyle olan olumsuz diyaloglar, kişisel iletişimin olumsuz olması” (Hemşire, 35 Yaş).

“İşini gerçekten sevmeden yapan insanların olması. Öğrenme açısından yeni mezun olmuş biri tabi ki de gelsin burada öğrensin ama acil serviste onu yetiştirmek de bizler için yorucu bir süreç. Hem hastalar açısından hem bizler için yorucu bir süreç. Öncelikle daha tecrübeli insanların olması gerekiyor ama bir yandan da tabi ki öğrenmeleri gerekiyor. Dediğim gibi sevmeden çalışan insanlar da kaytarma yolu buluyorlar”(Acil tıp teknisyeni, 33 Yaş).

“Birinci sorun acil serviste çalışanların uzun süre çalışmaması. Bir süre sonra başka bölümlere tayin istemesi, bu deneyimli çalışan sayısını düşürüyor. İkinci olarak personel sayısının azlığı. Üçüncü ise acil serviste lise mezunu acil tıp teknisyenlerindense lisans mezunu

hemşirelerin istihdam edilmesi daha doğru buluyorum” (Doktor, 44 Yaş).

“Nöbet saatlerimiz çok fazla, gece çalışma sistemimiz diğer çalışanlara göre çok zor şartlar altında çalışıyoruz. Yoğunluk çok fazla ve hastalar tarafından anlaşılmıyoruz” (Acil tıp teknisyeni, 20 Yaş).

“Acilde çalışan personel ciddi anlamda yetersiz. Bilgi açısından çok yetersizler bilgi sahibi personel çok az. Acil serviste personel temiz çalışmıyor” (Hemşire, 30 Yaş).

Bu ifadeler sonucunda;

Personel sayısının yetersizliği ve personelin sık değişmesi,

Personele sözlü ve fiziksel şiddet uygulanması,

Hasta sayısı ve iş yükünün fazla olması,

Çalışanların eğitim eksikliği,

Çalışanlar arasındaki iletişimsizlik gibi sorunlar olduğu ortaya çıkmıştır.

9. Sizce acil servislerde hasta yakınları ile yaşanan en önemli sorunlar nedir?

“Hasta ve hasta yakınlarına doktor tarafından yeterince bilgi verilmemesi. Yatak bulamama. Hastalarının temiz ve uygun bir yerde bakılmamasından dolayı sık sık tartışmak zorundasın” (Hemşire, 26 Yaş)

“İletişim, mobbing, hastaların uzun süre beklemelerinden kaynaklı anksiyete” (Hemşire, 24 Yaş)

“İletişim, saygı, empati” (Hemşire, 26 Yaş)

“Sözlü ve sözsüz şiddet, anlayışsızlık ve itaatsizlik “(Hemşire, 25 Yaş)

“Gereksiz ajitasyon ve agresiflik, kalabalık halde başvuru, tatminsizlik “ (Doktor, 41 Yaş)

“Darp. Taciz. Saygısızlık” (Acil tıp teknisyeni, 31 Yaş)

“Tek hastayı kendi hastaları görmesi, kulaktan delme bilgilerle yaptığım işlemlere müdahale edilmesi, tedaviyi zorlaştırması”(Hemşire, 22 Yaş)

"Acil serviste ziyaretçi yasağının olmaması" (Ebe, 28 Yaş)

"Burada asistan doktorlar muayene ediyor ama hastalar uzman doktorların tedavi etmesini istiyorlar" (Acil tıp teknisyeni, 20 Yaş)

"Acil servisin gerçek anlamını bilememeleri. Diğer ülkelerde olduğu gibi sabırla beklememeleri, hastanın başına ne gelirse gelsin bundan doktoru sorumlu tutmaları" (Doktor, 32 Yaş)

Bu ifadeler sonucunda; hasta yakınlarıyla sorun yaşanmasına sebep olan faktörler:

Hasta yakını ve çalışanlar arasındaki iletişim yetersizliği,

Hasta yakınları tarafından çalışanlara sözlü ve fiziksel şiddet uygulanması olarak belirlenmiştir.

10. Sizce acil servislerde yönetsel açıdan yaşanan en önemli sorunlar nelerdir?

"Acil servis yöneticilerinin de diğer yöneticilere karşı sözlerini geçirememesi, dikkate alınmaması. Çözüm üretilememesi" (Hemşire, 26 Yaş)

"Yönetimin taraf tutması. Yönetimin mobbing uygulamaları" (Hemşire, 24 Yaş).

"Yöneticinin alana hakim olmayışı. Yöneticinin alana hakim olduğunu düşünmesi. Yöneticinin çalışanla kesinlikle empati kurmak istemeyişi" (Hemşire, 26 Yaş).

"Çalışan sayısının fazlalığı. Hastanenin ileri düzeyde olmasının gerektirdiği sorunlar" (Doktor, 41 Yaş)

"Eleman verilmemesi. Acil servislerin ayrıcalıklı bir birim olarak görülmesi" (Ebe, 28 Yaş).

"Acil servisin sorunlarına çözüm bulunmuyor. Servisler, acil servisten hastalarını çekmiyorlar, bazen acilden taburcu ediyorlar. Kalitesiz malzeme alımı yapılıyor, eksik malzemeler talep edilemiyor" (Hemşire, 35 Yaş).

"Bürokratik prosedürlerin uzun olması, acil servis işleyişine pek uygun değil, hızlanması gerekiyor ve sevk zincirinin bir an

önce hayata geçirilmesi gerekiyor" (Doktor, 44 Yaş).

"Sistemsel sorunlar var belli başlı şeyler oturtulamıyor. Bunlar deneme yanılma yöntemleriyle yapılacak şeyler ve alan çok dar, alanın çok daralması her alanda bizi zorlandırıyor" (Hemşire, 30 Yaş).

Bu ifadeler sonucunda;

Yönetici ile çalışanlar arasında iletişim eksikliği olduğu,

Acil servislere yeterli personel verilmediği,

Bürokratik prosedürlerin, acil servis işleyişine uygun olarak daha hızlı ilerlemesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

11. Acil servislerde işleyiş açısından yaşanan en önemli sorunlar nedir?

"Güvenlik yetersizliği. Personel eksikliği. Fazla sayıda hastanın acile bastırması. Yeterli alanın olmaması. Tetkiklerin uzun süre çıkmaması" (Hemşire, 26 Yaş).

"Acilin müşahede kısmındaki sirkülasyonun yavaş olması. Sonuçlanamayan veya uzayan konsültasyonlar. Hasta yakınlarının acil biriminde hasta tedavi sürecini uzatmaları, çalışanı irrite etmeleri" (Hemşire, 26 Yaş).

"Fiziki kapasite alan yetersizliği. Acil şartlarda tüm tetkiklerin istenilememesi. Görüntüleme türlerinin hepsinin acilden istenilememesi. (Doktor, 41 Yaş).

"Triaj uygulamasının efektif bir şekilde yapılamaması, hastane yönetiminin acil servislere gerekli önemi vermemesi ve insanlarımızın acil servisin aslında ne olduğunu tanımlanamaması ve sevk zincirinin çalışmamasına bağlı olarak gereksiz yere kalabalıklar" (Doktor, 32 Yaş).

Bu ifadeler sonucunda;

Hasta sayısı ve iş yükünün fazla olması,

Acil müşahadedeki sirkülasyonun yavaş olması, tetkiklerin geç sonuçlanması,

Fiziki alt yapı eksikliği,

Triaj uygulamasının etkili bir şekilde yapılamaması,

Sevk zincirinin çalışmaması,

Güvenlik yetersizliği olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Atilla ve ark. (2010) ambulansla acil servise getirilen hastaları değerlendirdiği çalışmasında, hastanelerden getirilen hastalara olay yerinden getirilen hastalara göre daha fazla konsültasyon istendiği tespit edilmiştir. Ayrıca acil servise getirilen hastaların büyük çoğunluğu için konsültasyon istendiği tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da çok fazla konsültasyon istenmesi, çalışanlar tarafından bir sorun olarak ifade edilmiştir. Edirne ve ark. (2008) Yüzyüncü Yıl Tıp Fakültesi acil servis hastalarının özellikleri adlı çalışmasında acil servise başvuran 190 hastayı incelemiş ve %19,5'inin uygun olmayan hastalar olduğu tespit edilmiştir. Buna göre başvuran her beş hastadan biri acil hasta ölçütlerine uygun değildir. Çalışmamızda ise çalışanlar uygun olmayan hastaların acil servise sıklıkla başvurduğunu ve bu durum sonucunda acil servislerde gereksiz yoğunlukların oluştuğunu ifade etmişlerdir. Ersel ve ark. (2006) bir acil servisin kullanım özelliklerini belirlediği çalışmasında kullanılan kategori sınıflaması ve uzman kararı sonrasında başvuruların %67,8'i aciliyet açısından uygun olduğu tespit edilmiştir. Köse ve ark. (2011) bir acil servise başvuran hasta profili ve başvurunun uygunluğu adlı çalışmasında acil servise başvuran hastaların çoğunluğu acil olmayan birinci sağlık hizmetleri ve polikliniklere başvurması gereken ayakta tedavisi gereken hastalar olduğunu gözlemlemiştir. Literatürde acil servise uygun olmayan başvurulara yönelik ciddi farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu farklılığın nedeninin ise aciliyeti ölçecek standart bir yöntemin olmayışı olarak öne sürülmüştür.⁶ Yine araştırma sonuçlarına göre, acil servislere olan sevk sisteminde sorunlar olduğu çalışanlar tarafından ifade edilmiştir. Ertan ve ark. (2010) bir acil servise yapılan sevkleri incelediği çalışmasında, sevklerin büyük çoğunluğunun hastaneye haber verilmeden yapıldığı, mesai saatleri dışında ve spesifik ön tanıları konulmadan yapıldığı

sonucuna ulaşmıştır. 2009 yılında resmi gazetede yayımlanan "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ" madde 15'te acil servisten diğer sağlık tesislerine sevk ve nakil esasları bahsedilmiştir.²⁵ Buna rağmen çalışmalar uygunsuz sevklerin yapıldığını göstermektedir.

Çalışma bulgularımıza göre acil servis çalışanları ile ilgili görülen sorunlar arasında, personel yetersizliği, aşırı iş yükü, mesai saatlerinin fazlalığı, güvenlik sorunları gibi ifadelerin yer aldığı görülmektedir. Kavlu ve Pınar (2009) acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesinin etkisini araştırdığı çalışmasında, acil servislerde çalışan hemşirelerin yarsının tükenmişlik yaşadığı ve iş doyumlarının ise orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Acil serviste çalışmayı kendisi isteyen hemşirelerde ise tükenmişlik düzeyinin daha az, iş doyumunun ise daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Özellikle hemşireler üzerinde yapılan çalışmalar iş doyumlarının genellikle düşük-orta düzeyde olduğunu ileri sürmektedir İş tatminin pek çok faktörden etkilendiğini söylemek mümkündür. Çalışmalar, nöbet saatleri, iş yükü, mesleği severek yapma^{3, 24} maaş, hasta bakımı ile ilgili faktörler, iş arkadaşlarıyla ilişkiler, eğitim fırsatları, terfi gibi faktörlerin, tatmin üzerinde etkili olabileceğini ileri sürmektedir.^{15, 18}

Araştırmaya katılanlar triajın etkili yapılmadığını öne sürmüştür. Ersoy ve Akpınar (2010) çoklu yaralanma senaryosu kullanarak acil hekimlerinin triaj karar verme yeterliklerini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, acil hekimlerinin yaralılar için yetersiz triaj kararı verme eğiliminde oldukları belirlenmiştir. Subash (2004) yaptığı çalışmasında doktor ve hemşireler tarafından oluşturulan ekiplerce yapılan triaj uygulaması ile bekleme süreleri kısaltmakta, hastalar deneyimli personel tarafından muayene edilmekte ve 20 dakika içinde muayene ve taburcu edilen hasta sayısında artış olduğunu ileri sürmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Acil servis çalışanlarının yaşadığı sorunları belirlemek amacıyla yapılan araştırmada katılımcıların çoğunluğu çalışan sayısının yetersiz olduğunu ve bundan dolayı haftalık mesai sürelerinin arttığını, çalışanların iş yükünün fazla olduğunu, çalıştıkları birim yönetimi tarafından ödüllendirilmediği, acil servise acil olmayan hastaların çok sık geldiğini ve bu konuda bireylerin bilinçlendirilmediğini, alınan ücretin yetersiz olduğunu, alınan güvenlik önlemlerinin yetersiz olduğunu, satın alma ihalelerinin uzun sürdüğünü ve servise kalitesiz malzemeler gönderildiğini konsültasyon uygulamaları ile ilgili sorunlar olduğunu, triajın efektif yapılmadığını, hasta-hasta yakını-çalışan-yönetici arasındaki iletişim eksikliği olduğu, acil servislerin fiziksel alanının yetersiz olduğunu ve fiziksel alan açısından yetersiz olan acil servislere gereksiz sevklerin yapıldığını ve bu sevklerin önlenemediğini belirtmişlerdir. Belirlenen sorunlar kapsamında aşağıdaki öneriler getirilebilir:

Konsültasyon istemlerine hızlı bir şekilde cevap verilmesinin sağlanması çalışanlar ile hasta yakınları arasında gerginlik ve diğer çatışmaları önleyebilir.

Acil servise yapılan uygunsuz başvurular hem yoğunluğu artırmakta hem de gerçekten sağlık hizmetine ihtiyacı olanların hizmetten yararlanmasına engel olabilmektedir. Acil servise acil olmayan hastaların gelmesini önlemek için öncelikle poliklinik hizmetleri iyi organize edilmelidir. Durumu acil olmayan hastaların polikliniklerde istedikleri hizmeti kolay alabilmesi durumunda acil servise başvuruların azalacağı kanaatindeyiz.

Bu düzenlemeler uygunsuz başvurulardan bunalan çalışanların da motivasyonunu ve kurumun hizmet kalitesini arttıracaktır.

Yapılan sevkler incelendiğinde, çoğu hastanın sevk edildiği yerde tedavi edilebilir olduğu görülmektedir. Sadece gerekli durumlarda hastaneler arası sevklerin gerçekleşmesi ve sevk edilmeden önce servisin aranıp uygunluk durumunun sorulması konusunda gerekli düzenlemeler yapılabilir. Toplumun, birinci basamak sağlık kuruluşlarını kullanması özendirilmelidir.

Triaj uygulamasının daha etkili olmasını sağlayacak önlemler alınabilir.

Acil servislerde verilen hizmetin aksamaması için ihale süreçleri mümkün olduğunca kısa tutulmalı ve kaliteli malzeme temini sağlanmalıdır.

Çalışanların performansını iyileştirmek ve motivasyonlarını artırmak amacıyla, yöneticilerin ödüllendirme mekanizmalarını kullanması iş doyumunu artırabilir ve performans bazlı sorun çözümünde faydalı olabilir. Acil üniteler yeterince personel istihdam edilmesi, yoğunluğun azaltılmasında etkin rol oynayabilir.

Sağlık personelinin güvenliği sağlanarak, personel için daha rahat ve huzurlu çalışma ortamı oluşturulmalıdır.

Tüm bu sorunlar ve çözüm önerileri dikkatli bir şekilde irdelendiğinde, acil servislerde yaşanan sorunların çözümünün yöneticiler ve karar verenlerin alacakları önlemler ve bir takım uygulamalar ile en aza indirilebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aksoy, F. ve Ergün, A. (2002). Acil Sağlık Hizmetlerinde Ambulansın Yeri. *Ulusal Travma Dergisi*, 8, s. 160-163.
2. Atilla, Ö., Oray, D., Akın, Ş., Acar, K. ve Bilge, A. (2010). Acil Servisten Bakış: Ambulansla Getirilen Hastalar ve Sevk Onamları. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 10(4), s. 175-180.
3. Durmuş, S. ve Günay, O. (2007). Hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*, 29(2), s. 139-146.
4. Edirne, T., Edirne, Y., Atmaca, B. ve Keskin, S. (2008). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis Hastalarının Özellikleri. *Van Tıp Dergisi*, 15(4), s. 107-111.
5. Emet, M., Uzkeser, M., Eroğlu, M., Aslan, Ş. ve Çakır, Z. (2007). Bir Devlet Hastanesi Acil Servisine Bir Yılda Başvuran Hastaların Zamanla İlişkisi. *The Eurasian Journal of Medicine*, s. 119-123.
6. Ersel, M., Karcıoğlu, Ö., Yanturalı, S., Yürüktümen, A., Sever, M. ve Tunç, M. (2006). Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 6(1), s. 25-35.
7. Ersoy, N. ve Akpınar, A. (2010). Triage decisions of emergency physicians in Kocaeli and the principle of justice. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*, 16(3), s. 203-209.
8. Ertan, C., Akgün, F. ve Yücel, N. (2010). Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine Yapılan Sevklerin İncelenmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 10(2), s. 65-70.
9. Eryılmaz, M. ve Yılmaz, S. (2005). Acil Sağlık Çalışanlarının Hakları. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 5(3), s. 145-155.
10. Subash, F. D. (2004). Team Triage Improves Emergency Department Efficiency. *Emerg Med J*, 21, s. 542-544.
11. Kabaroglu, K., Eroglu, S. E., Onur, Ö., Denizbaşı, A. ve Akoğlu, H. (2013). Acil Serviste Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. *Marmara Medical Journal*, 26, s. 82-89.
12. Kavlu, İ. ve Pınar, R. (2009). Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*, 29(6), s. 1543-1555.
13. Kıdak, L., Keskinoglu, P., Sofuoğlu, T. ve Ölmezoğlu, Z. (2009). İzmir İlinde 112 Acil Ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 19(3), s. 113-119.
14. Köse, A., Köse, B., Öncü, R. ve Tuğrul, F. (2011). Bir Devlet Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Profili Ve Başvurunun Uygunluğu. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 17(2), s. 57-62.
15. McNeese-Smith, D. K. (1999). A Content Analysis Of Staff Nurse Descriptions Of Job Satisfaction And Dissatisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), s. 1332-1341.
16. Oktay, İ. ve Kayışoğlu, N. (2005). Tekirdağ İli 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Sted*, 14(2), s. 35-37.
17. Richards, J. ve Ferrall, S. (1999). Inappropriate Use of Emergency Medical Services Transport: Comparison of Provider and Patient Perspectives. *Academic Emergency Medicine*, 6(1), s. 14-20.
18. Shields, M. ve Ward, M. (2001). Improving Nurse Retention In The National Health Service In England: The Impact Of Job Satisfaction On Intentions to Quit. *Journal of Health Economics*, 20, s. 677-701.
19. Sucu, G., Cebeci, F. ve Karazeybek, E. (2009). Acil Servisteki Kritik Hasta Yakınlarının Gereksinimleri Ve Karşılama Durumu. *Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 15(5), s. 473-481.
20. Şimşek, P. ve Gürsoy, A. (2015). Acil Servislerin Acil Sorunu: Uygunsuz Kullanım. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(4), s. 312-317.
21. Türkçüer, İ., Gözlükaya, A., Serinken, M., Özen, M. ve Berrin, A. (2010). Adli Olguların Acil Servise Başvuru Zamanları. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 2, s. 89-92.
22. Türkmen, N., Akgöz, S., Çoltu, A. ve Ergin, N. (2005). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Başvuran Adli Olguların Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 31(1), s. 25-29.
23. Yaylacı, S., Öztürk, T. ve Yılmaz, S. (2013). Acil Servise Ambulansla Başvuran Hastaların Aciliyetinin Retrospektif Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), s. 64-67.
24. Yüksel, İ. (2002). Hemşirelerin İş Doyum Düzeyini Ayırt Edici İş Doyum Ögelerinin Diskriminant Analiziyle Belirlenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(1), s. 67-78.
25. http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/ash/belge/mevzuat/27378_Yatk_Sag_hiz_acil_srvs_hiz_uyg_Usul_esas_hak_tebli_g.pdf. Erişim Tarihi: 03.04.2017

İç Hastalıkları Alanında Çalışan Hemşirelerin Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşmada İnternet Kullanımına İlişkin Görüş ve Uygulamaları

Views and Practices of Nurses Working at Internal Medicine Wards About Using Internet to Access Health Related Information

Arzu AKMAN YILMAZ¹, Nur İZGÜ², Sultan KAV³, Nalan ÖZHAN ELBAŞ⁴

ÖZET

Çalışmanın amacı iç hastalıkları alanında çalışan hemşirelerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada internet kullanımına ilişkin görüş ve uygulamalarını belirlemektir. Tanımlayıcı tipteki bu çalışmaya Ankara'daki bir üniversite hastanesinin iç hastalıkları kliniklerinde çalışan 71 hemşire katılmıştır. Veriler literatürden yararlanılarak araştırmacılar tarafından oluşturulan soru formu kullanılarak toplanmıştır. Hemşireler sağlık veya mesleği ile ilgili bilgi almak için sıklıkla kitapları (%20,9) ve resmi kurumların internet sayfalarını (%20,9) tercih etmektedirler. Katılımcıların %83,1'i çevrimiçi veri tabanlarında arama yapabilmekte, %30,6'sı site uzantısına bakarak bilgilerin doğruluğunu kontrol etmektedir. Katılımcıların %28,2'si hastaların sağlıkla ilgili bilgi edinmek için interneti kullanma durumlarını değerlendirmekte ve %11,3'ü hastalara bilgi edinmeleri için bir internet sayfası önermektedir. Hemşirelerin %71,4'ü internetten edindiği bilgiyi paylaşan hastalarla/yakınlarıyla paylaşmaktadırlar. Bu durumda bilgiyi nereden öğrendiğini sorgulayarak bilgi kaynağının güvenilirliğini kontrol etmekte (%16,9) ve iletilen bilginin doğruluğunu araştırmaktadırlar (%14,1). Araştırmada hemşirelerin yaş, cinsiyet, çalışılan klinik, çalışma süresi, internet kullanma becerisi ile kendisinin ve kronik hastalığı olan hastaların sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada internet kullanımına ilişkin bazı görüş ve deneyimleri arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylere bakım veren hemşireler internetteki bilgi çeşitliliği içinde doğru bilgiye ulaşmaları için hastaları desteklemeli, çevrimiçi veri tabanlarında arama yapabilmeli ve edindikleri bilgilerin güvenilirliğini sorgulayabilmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalık, Hemşirelik, Bilgiye Ulaşma, İnternet

ABSTRACT

Aim of the study is to determine views and practices of nurses working at internal medicine wards about using internet to access health related information. Seventy-one nurses who work at internal medicine clinics at a university hospital in Ankara participated to this descriptive study. Data was collected using a questionnaire developed by researchers based on the literature. Nurses frequently preferred books (20.9%) and web pages of formal institutions (20.9%) to get information about health and the profession, 83.1% would be able to search in online databases, 30.6% checked the accuracy of the information by looking at the website extensions. 28.2% of the participants evaluated the status of patients had used internet to obtain health related information and 11.3% suggested to patients any web page in order to get information. 71.4% of the nurses indicated that were faced with patients/relatives sharing the acquired information on the internet. In this case, they checked by querying the source of the information is reliability (16.9%) and had investigated the accuracy of the information transmitted (14.1%). Between age, gender, type of clinic, duration of experience, internet usage skill and some views or practices of the nurses for herself / himself and patients with chronic diseases about using internet to access health related information had found statistically significant. Nurses who care for patients with chronic diseases should support them to access accurate information in a variety of information on the internet, be able to search in online databases and query the reliability of the information acquired.

Keywords: Chronic Disease, Nursing, Access to information, Internet

*Bu çalışma hasta ve yakınlarına ilişkin bulguları da içerecek şekilde 14. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹Yrd. Doç. Dr. Abant İzzet Baysal Üniversitesi

²Ar. Gör. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

³Prof. Dr. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

⁴Prof. Dr. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ

İnternet, güçlü bir iletişim ve bilgi kaynağı olarak tüm dünyada yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Türkiye Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması'na göre; ülkemizde hanelerin %76,3'ünde internet ağının bulunduğu belirlenmiş, sağlıkla ilgili bilgi almak için internet kullanma sıklığı (%65,5), sosyal medya kullanımı (%82,4) ve haber, gazete okuma amaçlı internet kullanımından (%69,5) sonra üçüncü sırada yer almıştır.¹ Amerika'da yürütülen bir anket çalışmasında da benzer şekilde katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%56) sağlıkla ilgili bilgi almak amacıyla interneti kullandıkları rapor edilmiştir.²

Kronik hastalığı olan bireyler, yoğun ve sürekli tedavi süreci, hastaneye tekrarlı yatışlar, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede karşılaşılan güçlükler nedeniyle hastalık ve tedavileri ile ilgili daha sık bilgiye ihtiyaç duyabilir ve internette bilgi arayışı içerisinde olabilirler. Kronik hastalığı olan farklı gruplarla yapılan araştırmalarda, hastaların %24-%75,7 gibi değişen oranlarda internet kaynaklarına başvurdukları belirtilmiştir.³⁻⁸ Kronik hastalığı olan bireyler arasında internet kullanımının artması bilgiye ulaşmayı kolaylaştırır da internetteki bilgi çeşitliliği içinde sağlıkla ilgili doğru ve güvenilir bilgiye ulaşmak oldukça zor olabilmektedir. Bu nedenle internette hastalığı ya da tedavisine yönelik bilgi arayan ve ulaştığı bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmeyen hastalar edindikleri eksik ya da yanlış bilgiler doğrultusunda tedavi ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilecek yanlış uygulamalar yapma riski ile karşı karşıya kalabilirler.⁹

Kronik hastalığı olan bireylerin internet kullanım oranının artması ve güvenilir

bilgiye ulaşmanın zor olması nedeniyle iç hastalıkları alanında çalışan hemşirelerin internetteki bilgilere yönelik hastaları bilgilendirme, hastaların bu bilgilerle ilgili sordukları soruları cevaplama, hastalar için

güvenilir internet kaynakları oluşturma ve onları kaliteli ve güvenilir internet kaynaklarına yönlendirme sorumlulukları ortaya çıkmıştır.¹⁰⁻¹² Ancak araştırma sonuçları hemşirelerin çoğunlukla hastaların sağlıkla ilgili internet bilgisini değerlendirmediklerini, hasta ve yakınlarını bu konuda bilgilendirme oranlarının düşük olduğunu göstermektedir.^{11, 12}

İnternet ortamında sağlıkla ilgili bilgilerin yer aldığı siteler hasta eğitimi için kullanılabilirliği gibi yanlış algılamalar için de risk oluşturabilirler. Kronik hastalık yönetiminde hasta ve yakınlarının gereksinim duyacağı bilgilerin sunumunda hemşirelerin bu risklerin farkında olması, hastaların ve yakınlarının internet kaynaklarını, inceleyip incelemediklerini ve ulaşılan kaynakların güvenilirliğini değerlendirmeleri, güvenilir ve güncel kaynakları bilerek hasta ve yakınlarını bu kaynaklara yönlendirmeleri gerekmektedir. Literatürde genel olarak hemşirelerin, öğrencilerin ve diğer sağlık çalışanlarının bilgi arama davranışları, sağlık bilgisi edinmek için interneti kullanma özellikleriyle ilgili çalışmalar bulunmakta olup spesifik olarak genellikle kronik hastalığı olan hastalara bakım veren iç hastalıkları alanında çalışan hemşirelerin bu konuya ilişkin görüş ve uygulamalarının değerlendirildiği kapsamlı bir araştırmaya ulaşılamamıştır.¹⁰⁻¹⁹ Bu nedenle bu araştırma; iç hastalıkları alanında çalışan hemşirelerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada internet kullanımına ilişkin görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma Ankara il sınırları içindeki bir üniversite hastanesinin iç hastalıkları kliniklerinde (dahiliye servisi, nöroloji servisi, hematoloji-onkoloji servisi, dahiliye yoğun bakım ünitesi, kardiyoloji yoğun bakım ünitesi, hemodiyaliz ünitesi) ve polikliniklerinde (dermatoloji, endokrinoloji, gastroenteroloji, göğüs hastalıkları, hematoloji, kardiyoloji, nefroloji, nöroloji, tıbbi onkoloji, dahiliye poliklinikleri) yürütülmüştür.

Araştırmanın yürütüldüğü hastanenin iç hastalıkları kliniklerinde ve polikliniklerinde en az 2 aydır çalışmakta olan hemşireler araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde tam sayım yöntemi kullanılmış ve evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmada, evrenin tamamına ulaşılarak 71 hemşire araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırma verileri literatürden yararlanılarak araştırmacılar tarafından oluşturulan soru formu ile toplanmıştır.^{11-13,20-23} Hemşirelere yönelik oluşturulan soru formunda hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, interneti kullanma becerileri ve bakımda internet kullanımına ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik 31 soru yer almıştır.

Araştırmada kullanılacak soru formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla örnekleme dahil edilmeyen dahiliye-cerrahi kliniğinde görev yapan 5 hemşireye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında soru formunun iç geçerliliği için iki uzman görüşü alınmış ve gerekli

değişiklikler yapılarak forma son hali verilmiştir.

Veri toplama formu dağıtılmadan önce her bir hemşireye çalışmanın amacı, çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu, form üzerine isim yazılmayacağı, çalışmadan elde edilen verilerin soru formuna verilen toplam cevaplar üzerinden analiz edileceği ve gizliliğinin korunacağı açıklanmıştır. Hemşireler tarafından doldurulan formlar bir hafta içerisinde geri alınmıştır.

Hemşirelerin sağlık/mesleği ve hastaların hastalık/tedavileri ile ilgili bilgi almada internet kullanımına ilişkin deneyimleri araştırmanın bağımlı değişkenlerini; tanıtıcı özellikleri ve bilgisayar/internet kullanımına ilişkin özellikleri ise bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur. Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS 15.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistik hesaplamalarında sayısal veriler için ortalama, standart sapma; kategorik veriler için ise sayı ve yüzde hesaplamaları kullanılmıştır. İncelenen değişkenlerde gözlenen ve beklenen frekanslar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma ve Etik Kurulundan onay alınmıştır (proje no: KA12/181; tarih: 01.08.2012). Ayrıca araştırmanın yürütülebilmesi için çalışmanın yapıldığı kurumdan resmi izin, araştırmaya katılan hemşirelerden ise sözlü onam alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 26,9±5,1 (min-maks:18-37) olup çoğunluğunu kadın (%88,7) ve lisans/lisansüstü (%74,6) mezunu hemşireler oluşturmuştur. Hemşirelerin mesleki deneyim sürelerinin ortalama 4,9±5,5 (min-maks: 0,1-17) yıl olduğu belirlenmiş, %32,4'ünün iç hastalıkları servislerinde görev yaptığı bulunmuştur (Tablo 1).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %64,8'i bilgisayar/internet kullanımına yönelik eğitim aldığı, bilgisayar/internet kullanımına ilişkin bilgiyi sıklıkla hemşirelik eğitimi sırasında (%29,8) ve kardeş vb. yakınlardan (%44,2) öğrendiklerini belirtmiştir. Hemşirelerin büyük bir çoğunluğu evinde/çalıştığı bölümde bilgisayar (%94,4; %97,2) ve internet bağlantısı (%94,0; %97,1) olduğunu, tamamı internet kullandığını ve %71,8'si iyi/çok iyi derecede internet kullanabildiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin interneti kullanım amaçları sorgulandığında sıklıkla kişisel / eğlence / boş zaman aktivitelerini gerçekleştirme (%45,5) ve mesleki gelişim (%42,1) amacıyla kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	8	11,3
Kadın	63	88,7
Eğitim durumu		
Lise / Ön lisans	18	25,4
Lisans / Lisansüstü	53	74,6
Medeni durum		
Evli	23	32,4
Bekar	48	67,6
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	15	65,2
Hayır	8	34,8
Çalışılan bölüm		
Poliklinik	12	16,9
Klinik	23	32,4
Yoğun Bakım Ünitesi	14	19,7
Hemodiyaliz Ünitesi	22	31,0

Tablo 3'de hemşirelerin sağlık ile ilgili bilgi almak için internet kullanımına ilişkin özelliklerine yer verilmiştir. Buna göre hemşirelerin sağlık ile ilgili bilgi almak için sıklıkla kitapları (%20,9), resmi kurumların internet sayfalarını (%20,9), yönetici hemşireleri (%14,0), çevrimiçi veri tabanlarını (%14,0), iş arkadaşlarını (%13,2) ve resmi olmayan kurumların internet sayfalarını (%11,5) tercih ettikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin çoğunluğunun (%83,1) çevrimiçi veri tabanlarında arama yapmayı bildiği ve sıklıkla Google, Yandex, Yahoo vb. arama motorları (%52,1) ile Pubmed (%16,4) ve Ulakbim (%11,4) veri tabanlarını kullandıkları bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yarısından fazlası (%56,3) internette araştırma yapmaya yönelik engellerle karşılaştığını belirtmiştir. Yeterli zamanının olmaması (%55,9) ve yeterli sayıda bilgisayar olmaması (%30,9) hemşirelerin internet kullanımına yönelik en sık karşılaştıkları engelleri oluşturmuştur. Hemşirelerin %66,2'si internetteki sağlıkla ilgili bilgilerin kısmen güvenilir olduğunu düşündüklerini ve %30,6'sı bilgilerin doğruluğunu site uzantılarının ".edu" ya da ".gov" olmasına dikkat ederek kontrol ettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 2. Hemşirelerin Bilgisayar/İnternet Kullanımına İlişkin Özellikleri

	Sayı	%
Bilgisayar/İnternet Kullanımına Yönelik Eğitim Alma		
Evet	46	64,8
Hayır	25	35,2
Eğitim Alınan Yer*		
Hemşirelik eğitimi	31	29,8
İlköğretim/lise eğitimi	18	17,3
Bilgisayar kursu	8	7,7
Hizmet içi eğitim	1	1,0
Diğer (Kardeş vb. yakınlar)	46	44,2
Evinde Bilgisayar olması		
Evet	67	94,4
Hayır	4	5,6
Evinde İnternet Bağlantısı Olması		
Evet	63	94,0
Hayır	4	6,0
Çalışılan Bölümde Bilgisayar Bulunması		
Evet	69	97,2
Hayır	2	2,8
Çalışılan Bölümde İnternet Bağlantısı olması		
Evet	67	97,1
Hayır	2	2,9
İnternet Kullanması		
Evet	71	100
İnternet Kullanma Becerisi		
Zayıf/Orta	20	28,2
İyi/Çok İyi	51	71,8
İnterneti Kullanma amacı*		
Kişisel / eğlence / boş zaman aktivitelerini gerçekleştirme**	219	45,5
Mesleki gelişim***	203	42,1
Resmi uygulamaları gerçekleştirme****	60	12,4

* Birden fazla cevap verilmiş olup yüzdeler toplam cevap sayısı üzerinden alınmıştır.

**Sosyal paylaşım sitelerine girmek, oyun oynamak, alışveriş yapmak, mail okumak

***Klinikte bilmediği bir konuyu öğrenmek, hasta eğitimi için kaynak taramak, meslekteki güncel gelişmeleri takip etmek, kanıta dayalı uygulamaları incelemek

****E- devlet ve bankacılık işlemleri

Tablo 3. Hemşirelerin Sağlık İle İlgili Bilgi Almak İçin İnternet Kullanımına İlişkin Özellikleri (n=71)

Sağlık İle İlgili Bilgi Almak İçin İnternet Kullanımına İlişkin Özellikler	Sayı	%	
Sağlık ile ilgili bilgi almak için tercih edilen kaynaklar*	Kitaplar	49	20,9
	Resmi kurumların internet sayfaları	49	20,9
	Yönetici hemşireler	33	14,0
	Çevrimiçi veri tabanları	33	14,0
	İş arkadaşları	31	13,2
	Resmi olmayan kurumların internet sayfaları	27	11,5
	Basılı dergiler	13	5,53
Çevrimiçi veri tabanlarında arama yapmayı bilme durumu	Evet	59	83,1
	Hayır	12	16,9
Sağlık ile ilgili bilgi almak için kullanılan veri tabanları/arama motorları*	Google, Yandex, Yahoo vb. arama motorları	73	52,1
	Pubmed	23	16,4
	Ulakbim	16	11,4
	Science Direct	11	7,9
	Ovid	9	6,4
	Ebscohost	4	2,9
	Diğer (Google akademik, YÖK tez merkezi, Blackwell Publishing)	4	2,9
Sağlık ile ilgili bilgi almaya yönelik engel varlığı	Var	40	56,3
	Yok	31	43,7
Sağlık ile ilgili bilgi almaya yönelik engeller*	İnternette araştırma yapmak için yeterli zamanının olmaması	38	55,9
	Yeterli sayıda bilgisayar olmaması	21	30,9
	Kullanım sınırlılığının olması	3	4,4
	Bilimsel veri tabanlarında tarama yapma konusunda yeterli bilgi sahibi olmama	3	4,4
	İnternetteki bilgilerin güvenilirliğinden şüphe duyma	3	4,4
İnternetteki sağlıkla ilgili bilgilerin güvenilir olduğunu düşünme	Evet	21	29,6
	Kısmen	47	66,2
	Hayır	3	4,2
İnternetteki sağlık ile ilgili bilgilerin doğruluğunu kontrol etme şekli*	Site uzantılarının “.edu” ya da “.gov” olmasına dikkat etme	44	30,6
	Güncel olanları tercih etme	29	20,1
	Yayınlara basıldığı derginin adını ve yazarlarını kontrol etme	28	19,4
	Aynı konudaki diğer kaynaklarla karşılaştırma	27	18,8
	Ekip üyeleriyle paylaşarak görüşlerini alma	16	11,1

* Birden fazla cevap verilmiş olup yüzdeler toplam cevap sayısı üzerinden alınmıştır.

Tabloda gösterilmemekle birlikte çalışmaya katılan hemşirelerin internetten edinilen bilgilerin hasta bakımına etkileri ile ilgili görüşleri de incelenmiştir. Hemşireler internet kullanımının bakım kalitesini artırma (%19,1) ve bakımla ilgili bilgileri güncelleme/yenilikleri takip etme (%19,1) konusunda olumlu etkileri olacağını ifade etmişlerdir.

Tablo 4’de hemşirelerin hastaların sağlık ile ilgili bilgi edinmek için interneti kullanmalarına ilişkin deneyimleri incelenmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %28,2’si bakım verdiği hastaların sağlık ile ilgili bilgi edinmek için interneti kullanma durumlarını değerlendirdiğini ve %11,3’ü hastalara konu ile ilgili daha geniş bilgi edinmeleri için bir internet kaynağı önerdiğini belirtmiştir.

Tablo 4. Hemşirelerin Hastaların Sağlık İle İlgili Bilgi Edinmek İçin İnterneti Kullanmalarına İlişkin Deneyimleri

	Sayı	%
Hastaların hastalık/tedavileri ile ilgili bilgi edinmek için interneti kullanma durumlarını değerlendirme		
Evet	20	28,2
Hayır	51	71,8
Hastalara hastalık/tedavileri ile ilgili daha geniş bilgi edinmeleri için herhangi bir internet kaynağı önerme		
Evet	8	11,3
Hayır	63	88,7
İnternette herhangi bir konuda edindiği bilgiyi paylaşan hastalarla veya yakınlarıyla karşılaşma		
Evet	50	71,4
Hayır	20	28,6
Hastalığı ya da tedavisi ile ilgili internette edindiği bilgiyi paylaşan hastaya/yakınlarına karşı tutumlar*		
Nereden öğrendiğini sorgulama ve öğrendiği kaynağın güvenilir olup olmadığını kontrol etme	42	16,9
Hastanın iletmediği bilginin doğruluğunu araştırma	35	14,1
Paylaşılan konu ile ilgili bilgi edinebileceği güvenilir bir kaynak önerme	26	10,5
Paylaşılan bilgiyi destekleyen başka kaynakların olup olmadığını araştırma	23	9,3
Güvenilir internet kaynaklarına ulaşım konusunda ipuçları verme	22	8,9
Hastanın ulaştığı kaynağa ulaşım doğruluğunu inceleme	19	7,7
İnternetteki bilgilere güvenmemesini söyleme	10	4,0
Diğer	71	28,6

* Birden fazla cevap verilmiş olup yüzdelere toplam cevap sayısı üzerinden alınmıştır.

Hemşirelerin %71,4'ü internette herhangi bir konuda edindiği bilgiyi paylaşan hastalarla/yakınlarıyla karşılaştığını; bu durumda sıklıkla bilgiyi nereden öğrendiğini sorgulayarak bilgi kaynağının güvenilir olup olmadığını kontrol ettiğini (%16,9) ve iletilen bilginin doğruluğunu araştırdığını (%14,1) ifade etmiştir.

Hemşirelerin tanıtıcı ve internet kullanma özelliklerine göre kendisinin ve hastaların sağlık ile ilgili bilgi almada internet kullanımına ilişkin görüş ve deneyimleri incelendiğinde bazı değişkenler arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur (Tablo 5). Yaş, cinsiyet, çalışılan bölüm, çalışma süresi ve internet kullanma becerisi ile sağlık ile ilgili bilgi almak için tercih edilen kaynaklar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre bilgi almak için sıklıkla kadınların kitapları, iyi/çok iyi düzeyde internet kullanabilenlerin çevrimiçi veri tabanlarını ve resmi kurumların internet sayfalarını, 18-27 yaş aralığındaki hemşirelerin iş arkadaşlarını,

hemodiyaliz ünitesinde çalışanların yönetici hemşireleri, çalışma süresi 1-5 yıl olanların yönetici hemşireleri ve polikliniklerde çalışanların basılı dergileri tercih ettikleri bulunmuştur.

Yaş ve cinsiyet ile internetteki sağlıkla ilgili bilgilerin güvenilirliğine ilişkin görüşler arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre kadınların ve 18-27 yaş aralığındaki hemşirelerin internetteki bilgileri kısmen güvenilir buldukları belirlenmiştir.

İnternetteki sağlık ile ilgili bilgilerin doğruluğunu kontrol etme şekline yönelik seçeneklerden sadece güncel olanları tercih etme ve yayınların basıldığı derginin adını ve yazarlarını kontrol etme seçenekleri ile çalışılan bölüm ve internet kullanma becerisi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre katılımcılardan iyi/çok iyi düzeyde internet kullanabildiğini belirtenlerin sıklıkla yayınların basıldığı derginin adını ve yazarlarını kontrol ettikleri

ve polikliniklerde çalışanların güncel olanları

İnternette edindiği bilgiyi paylaşan hasta ya da yakınlarıyla karşılaşma durumu ile internet kullanma becerisi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

İnternette edindiği bilgiyi paylaşan hastaya/yakınlarına karşı tutumlardan hastanın iletildiği bilginin doğruluğunu araştırma, paylaşılan konu ile ilgili bilgi edinebileceği güvenilir bir kaynak önerme ve internetteki bilgilere güvenmemesini söyleme seçenekleri ile çalışılan bölüm ve internet kullanma becerisi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5).

tercih ettikleri belirlenmiştir.

Tabloda gösterilmemekle birlikte sağlık ile ilgili internette yer alan bilgilerin doğruluğunu kontrol etme şekli olarak yayınların basıldığı derginin adını ve yazarlarını kontrol etme ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($X^2=8,100$ $p=0,005$).

Hemşirelerin diğer tanıtıcı ve internet kullanma özelliklerine göre sağlık/mesleği ve hastaların hastalık/tedavileri ile ilgili bilgi almada internet kullanımına ilişkin görüş ve deneyimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p<0,05$).

Tablo 5. Hemşirelerin Tanıtıcı ve İnternet Kullanma Özelliklerine Göre Kendisinin ve Hastaların Sağlık İle İlgili Bilgi Almada İnternet Kullanımına İlişkin Deneyimleri (X^2 / p)

	Yaş	Cinsiyet	Çalışılan Bölüm	Çalışma süresi (Yıl)	İnternet Kullanma Becerisi
Sağlık ile ilgili bilgi almak için tercih edilen kaynaklar					
Kitaplar	2,98 / 0,08	4,54 / 0,048	1,96 / 0,58	1,65 / 0,44	0,99 / 0,319
Çevrimiçi veri tabanları	2,06 / 0,11	0,34 / 0,56	2,98 / 0,39	4,87 / 0,09	10,23 / 0,001
İş arkadaşları	5,05 / 0,03	0,17 / 0,68	5,42 / 0,14	3,06 / 0,22	0,59 / 0,44
Yönetici hemşire	2,06 / 0,11	1,78 / 0,18	7,79 / 0,05	6,01 / 0,049	0,001 / 0,98
Basılı dergiler	1,91 / 0,17	0,25 / 0,62	11,39 / 0,01	1,92 / 0,38	3,05 / 0,08
Resmi kurumların internet sayfaları	0,01 / 0,91	0,24 / 0,62	4,84 / 0,184	1,41 / 0,49	6,36 / 0,02
Çevrimiçi veri tabanlarında arama yapabilme	1,11 / 0,33	1,83 / 0,18	1,77 / 0,622	1,67 / 0,43	6,49 / 0,01
İnternetteki sağlıkla ilgili bilgilerin güvenilir olduğunu düşünme	8,29 / 0,01	8,98 / 0,01	1,1 / 0,981	3,21 / 0,52	2,36 / 0,31
İnternetteki sağlık ile ilgili bilgilerin doğruluğunu kontrol etme şekli					
Yayınların basıldığı derginin adını ve yazarlarını kontrol etme	1,29 / 0,32	0,01 / 1,00	1,91 / 0,59	1,31 / 0,52	4,40 / 0,03
Güncel olanı tercih etme	2,87 / 0,09	2,99 / 0,08	7,69 / 0,05	1,43 / 0,49	0,16 / 0,69
İnternette edindiği bilgiyi paylaşan hastalarla veya yakınlarıyla karşılaşma	0,61 / 0,43	1,14 / 0,42	2,27 / 0,52	0,66 / 0,72	4,51 / 0,04
İnternette edindiği bilgiyi paylaşan hastaya/yakınlarına karşı tutumlar					
Hastanın iletildiği bilginin doğruluğunu araştırma	3,92 / 0,048	2,26 / 0,13	4,32 / 0,23	3,98 / 0,14	0,65 / 0,42
Paylaşılan konu ile ilgili bilgi edinebileceği güvenilir bir kaynak önerme	0,11 / 0,74	2,49 / 0,11	1,30 / 0,73	0,12 / 0,94	11,35 / 0,001
İnternetteki bilgilere güvenmemesini söyleme	0,04 / 0,84	0,02 / 0,88	10,173 / 0,02	0,05 / 0,97	1,73 / 0,19

Tabloda gösterilmemekle birlikte internette erişilen bilgilerin güvenilir olduğunu düşünme ile hastaların internette bilgi arama davranışını sorgulama arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup ($X^2=6,206$ $p=,045$) internette erişilen bilgilerin kısmen güvenilir olduğunu düşünenlerin sıklıkla hastaların internette bilgi arama davranışını sorgulamadıkları belirlenmiştir.

Bu çalışmanın bulguları kronik hastalığı olan hastaların interneti sağlık ile ilgili bilgi edinmek için daha yoğun kullandıkları göz önünde bulundurularak sadece bu hastalarla karşılaşma sıklığı fazla olduğu düşünülen iç hastalıkları kliniklerinde görev yapan hemşirelerden elde edilmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin en sık kitaplardan ve resmi kurumların internet sayfalarından bilgi edindikleri belirlenmiştir. Araştırmamızda sağlıkla ilgili bilgi almak için kullanılan kaynakların hemşirelerin bireysel özelliklerine ve bilgisayar/internet kullanma becerilerine göre değiştiği görülmüştür. Daha genç hemşirelerin ve çalışma deneyimi daha az olanların mesleki deneyimlerinden yararlanmak amacıyla iş arkadaşlarını ve yönetici hemşireleri sağlık ile ilgili bilgiye ulaşmak için sıklıkla kullanıyor olabilecekleri düşünülmüştür. Araştırmamızda iyi düzeyde bilgisayar/internet kullanabilenlerin sağlık ile ilgili bilgi kaynağı olarak çevrimiçi veri tabanlarını ve resmi kurumların internet sayfalarını daha sık kullandığı bulunmuştur. Basılı dergiler ise çok daha az sıklıkta tercih edilen kaynaklar arasında yer almıştır. Çeşitli araştırmalarda hemşirelerin güvenilir bilgi içermesi, kolay ve hızlı bir şekilde ulaşılabilir olması gibi nedenlerle bilgi kaynağı olarak daha çok meslektaşlarını ve kitapları tercih ettikleri belirtilmektedir.^{10,13,14,16} Bu konuda yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin basılı kaynaklara göre elektronik kaynakları ve kişilerarası kaynakları daha çok kullandıkları belirlenmiştir.¹⁹ Dee ve Stanley (2005) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin abone olunan dergileri güncel

bilgiye ulaşım açısından yararlı buldukları, ancak spesifik bakım sorunları için kullanışlı bulmadıkları belirlenmiştir.¹³

Araştırmamızda hemşirelerin çoğunluğunun çevrimiçi veri tabanlarında arama yapabildiği ancak bilimsel veri tabanlarından daha sık olarak Google, Yandex, Yahoo vb. arama motorlarını kullandıkları bulunmuştur. Bu bulgunun bilimsel veri tabanlarının çoğunlukla üyelik gerektirmesi nedeniyle kullanımının sınırlı olmasından, hemşirelerin de belirttiği gibi çalışma ortamında internette bilgi aramak için yeterli zamanlarının olmamasından ya da bilimsel veri tabanlarının içeriğinde yer alan çevrimiçi dergilerin bilgi kaynağı olarak daha az sıklıkta tercih edilmesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Literatürde hemşirelerin bilgi edinmek için veri tabanlarını kullanma deneyimleri ile ilgili farklı sonuçlar bulunmaktadır. Araştırmamızda da olduğu gibi bazı çalışmalarda hemşirelerin veri tabanlarını daha az sıklıkta kullandığı bazılarında ise daha fazla tercih ettikleri bildirilmiştir.^{11,14,16} Çalışmalarda araştırmamızın sonuçları ile benzer şekilde sıklıkla iyi düzeyde internet kullanma becerisine sahip olanların çevrimiçi veri tabanlarında arama yapabildiği internet kullanma becerisi daha az olanların ise arama motorlarını daha çok kullandıkları belirtilmiştir.¹³

Araştırmamıza katılan hemşirelerin belirttiği iş ortamındayken internette araştırma yapmaya yönelik yeterli zamanın ve bilgisayarın olmaması, internette ulaşılacak kaynakların kurum tarafından sınırlandırılmış olması gibi engeller diğer çalışmalarda da vurgulanmıştır.^{11,15,16,23} Hemşirelerin hem karşılaştıkları bu engeller hem de sağlıkla ilgili internette yer alan bilgilerin güvenilirliğine ilişkin endişeleri nedeniyle sağlık ile ilgili bilgiye erişmek için internet kullanımı sınırlansa da teknolojik gelişmeler ve internet erişiminin yaygınlaşması nedeniyle göz ardı edilememektedir. Ayrıca hemşireler

endişelerine rağmen sağlık ile ilgili internetten edinilen bilgilerin hasta bakımı üzerine “bakım kalitesini arttırma, bakımla ilgili bilgileri güncelleme/yenilikleri takip etme” gibi yararlı etkileri de olduğunu düşünmektedir. Elbette ki bu olumlu görüşler internette yer alan güncel, güvenilir, kanıta dayalı bilgilerin uygulamaya entegrasyonu açısından önemlidir. Ancak Gilmour (2007) hemşirelerin hasta ve yakınlarını internet ortamında destekleyebilmeleri için uzman kullanıcılar olmaları ve internetteki bilgilerin kalitesini değerlendirebilecek becerilere sahip olmaları gerektiğini vurgulamıştır.²⁴ Onkoloji hemşireleri ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin bilgisayar ve internet kullanımı ile ilgili sahip olması gereken dört temel beceri tanımlanmıştır. Bunlardan ilki internetteki bilgiyi aramayı ve filtrelemek için bir altyapı sağlayan bilgisayar yeterliliğidir. İkincisi bilgiyi değerlendirmeyi ve hastaya göre bireyselleştirmeyi içeren bilgi danışmanlığıdır. Üçüncüsü iletişim ağlarını açık tutmak için e-posta kullanma becerisidir. Sonuncusu ise, çevrimiçi içerik oluşturma ve sunma becerisidir.¹⁷

Çalışmamızda hemşireler site uzantılarının “.edu” ya da “.gov” olmasına dikkat etme, güncel olanları tercih etme, yayınların basıldığı derginin adını ve yazarlarını kontrol etme, aynı konudaki diğer kaynaklarla karşılaştırma, diğer ekip arkadaşları ile paylaşarak görüşlerini alma gibi yöntemlerle bilgilerin doğruluğunu kontrol ettiklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin internette klinik rehberlere yönelik bilgi arama stratejilerini, karşılaştıkları engelleri belirlemek, rehberleri ve internet sayfalarını değerlendirme kriterlerini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada internette ulaşılan bilginin kalitesini değerlendirme kriterlerinin “klinik uygulama ile ilgili olma” ve “tam bir bilgi içerme” olduğu ifade edilmiştir.¹⁸ Araştırmamızda eğitim düzeyi yüksek, internet kullanabilme becerisi iyi olanların ve polikliniklerde çalışanların internetteki bilgileri değerlendirme kriterlerinin sıklıkla

güncel olmaları ile yayınların basıldığı derginin adını ve yazarlarını kontrol etme olduğu belirlenmiştir. Gilmour, Scott ve Huntington (2008) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların çoğunlukla ya da her zaman internetteki bilgileri son güncellenme tarihi bakımından kontrol ettiği ve hemşirelerin bilgi kaynağı olarak bir siteyi tercih etmeme kararını etkileyen faktörlerden en önemlilerinin “yazarının belirli olmaması” ve “çok fazla reklam içermesi” olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada çevrimiçi kaynakları daha sık kullanan hemşirelerin hastaların internetten sağlık ile ilgili bilgiye ulaşma durumunu değerlendirdikleri belirlenmiştir.¹¹ Bizim araştırma sonuçlarımızda da çevrimiçi bilginin kalitesine ilişkin şüphe duyan hemşirelerin hastaların internette bilgi arama davranışını sorgulamaması hastaların buradan edindikleri bilgilere itibar etme risklerini göz ardı edebilecekleri şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda hemşireler sıklıkla internetten edindiği bilgiyi kendileriyle paylaşan hastalarla veya yakınlarıyla karşılaşmakta ancak çok az bir kısmı nereden öğrendiğini sorgulayıp bilgi kaynağının güvenilirliğini kontrol etmekte ve hastalara hastalık/tedavileri ile ilgili daha geniş bilgi edinmeleri için bir internet kaynağı önermektedir. Dickerson ve diğ.(2005) internetten elde ettikleri bilgileri paylaşan hastaların farklı bir hemşire-hasta etkileşimi ile başa çıkmayı öğrenmeleri açısından hemşireler için bir uyarı olduğunu ifade etmiştir.¹⁷ Ayrıca bilişim ve iletişim teknolojilerinde hızlı değişimlerin olduğu bilgi çağının bir gereği olarak hemşireler interneti hasta eğitimi için bir kaynak olarak kullanabilirler ve internet ortamı için yüksek kalitede bilginin oluşturulmasına katkı sağlayabilirler. Bu doğrultuda hemşireler hastaların bilgi düzeylerini değerlendirmek, yanlış algılamaları belirlemek ve düzeltmek amacıyla hastalardan sağlık öyküsü alırken sağlığa ilişkin bilgi edinmede internet kullanma durumlarını da sorgulamalıdır.²⁴ Ancak daha önceki çalışmalar ve bu çalışma

hemşirelerin hasta ve yakınlarını sistematik olarak desteklemeye yönelik kapsamlı bir

değerlendirme yaklaşımı göstermediklerini ortaya koymaktadır.^{10,11}

SONUÇ VE ÖNERİLER

İnternetin sağlığa ilişkin bilgi edinmek amacıyla kullanımı hem sağlıklı hem de spesifik bir hastalığı/hastalıkları olan bireylerde giderek yaygınlaşmaktadır. Teknolojik gelişmelerle birlikte internete sadece sabit bilgisayarlarda değil mobil telefonlarla/cihazlarla da bağlanılabiliyor olması bilgiye her yerde daha hızlı ve kolay ulaşımı mümkün kılmaktadır. İnternetteki bilgi kaynaklarının fazlalığı ve çeşitliliği bilgilerin güvenilirliğini, uygunluğunu ve doğruluğunu belirlemeye yönelik sorunlara da neden olabilmektedir. Bu çalışmanın bulgularına göre hemşireler bilgi kaynağı olarak sıklıkla kitapları ve resmi kurumların internet sayfalarını tercih etmekte, çevrimiçi veri tabanlarında arama yapabilmekte ancak bilimsel veri tabanlarından daha sık bilinen arama motorlarını kullanmakta ve çevrimiçi bilginin kalitesi ile ilgili endişeleri olmasına

rağmen bu konuda hasta ve yakınlarını tam olarak destekleyememektedirler. Hemşireler internetten edindikleri bilgiyi kendileriyle paylaşan hastaları/hasta yakınlarını doğru şekilde yönlendirebilmek için internette güncel, bilimsel ve hastalar için anlaşılır olan bilgi kaynaklarını belirlemeli, takip etmelidirler. Bunun için hizmet içi eğitimlerde kronik hastalığı olan hastalara bakım veren hemşirelerin konu ile ilgili bilgilendirilmeleri, çevrimiçi bilimsel veri tabanlarında arama yapabilmeleri ve edindikleri bilgilerin güvenilirliğini sorgulayabilmeleri gerekmektedir. Hemşire adaylarının belirtilen bu bilgi ve becerileri kazanabilmeleri için hemşirelik eğitim müfredatlarına elektronik ortamda bilgiye erişim, bilgi kaynağı oluşturma ve bilgi güvenliği gibi konulara yer verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Araştırması, 2016 (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21779>). Erişim Tarihi: 29.11.2016.
2. Ybarra ML ve Suman M.(2006). "Help Seeking Behavior and the Internet: A National Survey". *International Journal of Medical Informatics*, 75: 29-41.
3. Gordon MM, Capell HA ve Madhok R. (2002). "The Use of the Internet as a Resource for Health Information Among Patients Attending a Rheumatology Clinic". *Rheumatology*, 41:1402-1405.
4. Seto E, Cafazzo JA, Rizo C, Bonert M, Fong E ve Chan CT. (2007). "Internet Use by End-Stage Renal Disease Patients". *Hemodialysis International*, 11:328-332.
5. Alghamdi KM ve Almohedib MA. (2011). "Internet Use by Dermatology Outpatients to Search for Health Information". *International Journal of Dermatology*, 50:292-299.
6. Sajid MS, Shakir AJ ve Baig MK. (2011). "Information on the Internet about Colorectal Cancer: Patient Attitude and Potential Toward Web Browsing. A Prospective Observational Study". *Canadian Journal of Surgery*, 54:339-343.
7. Claine RJW ve Haynes KM. (2001). "Consumer Health Information Seeking on the Internet: The State of the Art". *Health Education Research*, 16: 671-692.
8. Estabrooks CA, O'leary KA, Ricker KL, Humphrey CK. (2003). "The Internet and Access to Evidence: How are Nurses Positioned?". *Journal of Advanced Nursing*, 42:73-81.
9. Gilmour JA, Scott SD ve Huntington N. (2008). "Nurses and Internet Health Information: A Questionnaire Survey". *Journal of Advanced Nursing*, 61:19-28.
10. Gilmour JA, Huntington A, Broadbent R, Strong A ve Hawkins M. (2012). "Nurses' Use of Online Health Information in Medical Wards". *Journal of Advanced Nursing*, 68:1349-1358.
11. Dee CB ve Stanley EE. (2005). "Information-Seeking Behavior of Nursing Students and Clinical Nurses: Implications for Health Sciences Librarians". *Journal of Medical Library Association*, 93:213-222.
12. Diaz JA, Griffith RA, Ng JJ, Reinert SE, Friedman PD ve Moulton AW. (2002). "Patients' Use of the Internet for Medical Information". *Journal of General Internal Medicine*, 17:180-185.
13. Fox S ve Purcell K. (2010). "Chronic Disease and the Internet". The Pew Internet and American Life Project, Washington. (<http://www.pewinternet.org/Reports/2010/ChronicDisease.aspx>) Erişim Tarihi: 29.11.2016
14. Marshall AP, West SH ve Aitken LM. (2011). "Preferred Information Sources for Clinical Decision Making: Critical Care Nurses' Perceptions of Information Accessibility and Usefulness." *Worldviews on Evidence-Based Nursing* Fourth Quarter, 224-235.
15. Morris-Docker SB, Tod A, Harrison JM, Wolstenholme D ve Black R. (2004). "Nurses' Use of The Internet in Clinical Ward Settings". *Journal of Advanced Nursing*, 48(2): 157-166.
16. Weng YH, Kuo KN, Yang CY, Lo HL, Shih YH ve Chiu YW. (2013). "Information-Searching Behaviors of Main And Allied Health Professionals. A Nationwide Survey in Taiwan". *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19: 902-908.
17. Dickerson SS, Boehmke M, Ogle C ve Brown JK. (2005). "Out of Necessity: Oncology Nurses' Experiences Integrating the Internet Into Practice". *Oncology Nursing Forum*, 32(2): 355-362.
18. Verhoeven F, Steehouder MF, Hendrix RMG ve Van Gemertpi Jnen JEW. (2010). "How Nurses Seek And Evaluate Clinical Guidelines on The Internet". *Journal of Advanced Nursing*, 66(1): 114-127.
19. Wahoush O ve Banfield L. (2014). "Information Literacy During Entry To Practice: Information-Seeking Behaviors in Student Nurses And Recent Nurse Graduates". *Nurse Education Today*, 34: 208-213.
20. Winters CA, Lee HJ, Besel J, Strand A, Echeverri R, Jorgensen KP ve Dea JE. (2007). "Access to And Use of Research By Rural Nurses". *Rural Remote Health*, 7: 758.
21. Gilmour JA. (2007). "Reducing Disparities in The Access And Use of Internet Health Information. A discussion paper". *International Journal of Nursing Studies*, 44: 1270-1278.

Ebelik Öğrencilerinin Meslek ile İlgili Görüşlerinin ve Mezuniyet Sonrası Çalışmak İstedikleri Kurumların Değerlendirilmesi

Evaluation of Midwifery Students' Opinions of Their Profession and Assessment of Their Preferences About Institution Types That They Will Work

Ummahan YÜCEL¹, Nazan TUNA ORAN², Esmâ YÜKSEL³

ÖZET

Araştırma, ebelik öğrencilerinin meslek ile ilgili görüşlerini ve mezuniyet sonrası çalışmak istedikleri kurum ve kurumları değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'nde 2013-2014 eğitim-öğretim güz yarıyılında öğrenim görmekte olan birinci ve dördüncü sınıf 229 öğrenci oluşturmuştur. Örnek seçimine gidilmemiş, gönüllü öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılım oranı % 73'dür (n:167).

Öğrencilerin %45'i birinci, %55'i dördüncü sınıfta okumakta olup, %59'unun annesi, %43'ünün babası ilköğretim mezunudur. Katılımcıların %54'nün üniversite giriş sınavı tercih sıralamasının ilk beşinde ebelik olduğu, %51'inin iş bulma kolaylığı nedeni ile bölümü tercih ettiği ve %81'inin mesleklerini sevdiği belirlenmiştir. Bununla birlikte öğrencilerin %89'u ebelik mesleğinin toplumsal statüsünü orta ve kötü olarak tanımlamıştır. Araştırma grubunun %49'unun kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesinde, %28'inin aile sağlığı merkezinde ebe olarak, %14'ünün ise üniversitede akademisyen olarak çalışmak istedikleri saptanmıştır. Araştırma grubunun %84'ü hafta içi gündüz, %11'i nöbet usulü, %98'i ilçe veya şehirde, %2'si köyde çalışmak istemektedir.

Öğrencilerin yarısı bölümlerini isteyerek ve iş bulma kolaylığı nedeni ile seçmişlerdir. Katılımcıların yarısı ikinci basamak, dörtte biri birinci basamak, yaklaşık olarak onda biri ise üniversitede akademisyen olarak çalışmak istemektedir. Öğrencilerin çoğunluğunun mesleğin statüsü ile ilgili kaygıları vardır. Ebelik bölümü öğrencileri hakkında daha kapsamlı bilgi sağlayacak profil çalışmalarına gereksinim vardır. Meslek adaylarının mesleğe karşı tutumlarını ve mesleğin toplumsal statüsünü etkileyen faktörleri çözümlenecek çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Meslek, Öğrenci, Ebelik, Tercih, Görüş

ABSTRACT

The study was conducted to investigate midwifery students' opinions of their profession and assess their preferences for posts and institutions in which they will work after graduation.

The population of this cross-sectional study consisted of 229 first- and fourth-year students in the midwifery department of Ege University İzmir Atatürk Health School in the fall semester of 2013-2014 academic year. No sampling method was implemented; volunteer students were included in the study. The participation rate in the study was 73% (n:167).

Of the participants, 45% were the first-year students and 55% were the fourth-year students. 59%'s mother and 43%'s father were graduated in primary school. 54% placed midwifery education in the first five level of preference list in the university entrance examination. 51% preferred midwifery due to employment opportunity, and 81% were pleased with their profession. However, 89% of them defined the social status of the midwifery as moderate or bad. Of them, 49% wanted to work in the obstetrics and gynecology hospital, 28% as a midwife in the family health center, and 14% as academicians in the university. 84% wanted to work in the daytime, 11% wanted to work shifts, and 98% wanted to work in a district or city, and 2% in a village.

Half of the participants preferred the profession of their own free will due to employment opportunity. Half of them wanted to work in the secondary healthcare, one-fourth of them in the primary healthcare, and about one-tenth of them as an academician in the university. The majority of them had worries about the status of their profession. To provide more comprehensive data on midwifery students, profile studies should be performed. In addition, studies to analyze the prospective midwives' attitudes towards the profession, and factors affecting the social status of the profession should be conducted.

Key words: Profession, Student, Midwifery, Preference, Opinion

* 24-26 Nisan 2014, 1.Uluslararası & 5.Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

¹Yrd. Doç. Dr.Halk Sağlığı, Ebelik, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

²Doç. Dr. Hemşirelik, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

³Araş. Gör. Ebelik, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

GİRİŞ VE AMAÇ

Meslek, genellikle uzun ve yüksek dereceli bir eğitim ile kazanılan sistemli bilgi ve becerilere dayalı, kendine özgü yasal ve ahlaksal kuralları bulunan, insanlara yararlı mal üretmek, hizmet vermek için yapılan ve bir kimsenin geçimini sağladığı uğraştır.¹⁻³ Meslek bireyin yaşamında oldukça uzun bir zaman alacağından meslek seçimi bireyin en önemli kararlarından biridir.¹ Ebelik tüm dünyada, tarih boyunca insanlara sağlık hizmeti veren sosyal gruplardan biri olmuştur.

Bir mesleği işten ayıran bazı temel kriterler vardır. Bunlardan bazıları; sürekli geliştirilen bilgi yükü, yüksek eğitim, otonomi, verilen

hizmetin toplum için vazgeçilmez olmasıdır.² Ülkemizde 1996 yılından itibaren ebe olmak için üniversite eğitimi almak zorunludur. Üniversite eğitimi, meslek adaylarının eğitimi yanı sıra ebe akademisyen yetiştirme, bilimsel araştırmalar ve aktiviteler ile ebeliğin meslekleşme sürecine ivme kazandırmıştır.³⁻⁴ Mesleğin bireyleri cezbetmesi ve uygulayıcıların hizmet sunmaya istekli olması mesleğin diğer önemli özelliklerindedir.²

Bu araştırma, ebelik öğrencilerinin meslek ile ilgili görüşlerini ve mezuniyet sonrası çalışmak istedikleri konum ve kurumları belirlemek amacıyla ile yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Tipi ve Tarihi

Kesitsel tipte olan araştırma Aralık 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünün birinci ve dördüncü sınıfına kayıtlı 229 öğrenci oluşturmuştur.

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tamamına ulaşılması amaçlanmıştır. Araştırmaya gönüllü 167 öğrenci (katılım oranı %73) katılmıştır.

Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Verilerin toplandığı anket formu; öğrencilerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile mesleği seçme nedenleri, mesleğe ilişkin görüşleri ve mezuniyet sonrası çalışmak istedikleri kurumlara yönelik 30 sorudan oluşmuştur.

Öğrencilere araştırmanın içeriğine ilişkin bilgi verilerek sözel izin alınmış ve anket formu dağıtılarak öğrencilerin formu bireysel olarak doldurmaları sağlanmıştır.

İstatistiksel Değerlendirme

Veriler, SPSS 16.00 programında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde; sayı yüzde dağılımı ve ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Etik Düzenlemeler

Araştırmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölüm Başkanlığı'ndan alınmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve sözel onamları alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmaya katılan öğrencilerin %86,8'i çekirdek aile yapısına sahip olup, %59,3'ünün annesi, %42,5'inin babası ilkököl mezunudur. Öğrencilerin %71,9'unun anneleri ev hanımı; %46,8'inin ise babaları işçi veya serbest meslek sahibidir. Öğrencilerin %58,1'i aile gelirlerinin giderlerine denk olduğunu belirtmiştir. Araştırma grubunun %44,9'u birinci, %55,1'i dördüncü sınıfta okumaktadır ve %55,1'i düz lise, %36,5'i anadolulisesi, %2,4'ü ise sağlık meslek lisesi mezunudur (Tablo 1).

Ebelik bölümü, öğrencilerin üniversite tercih sıralamasında %53,9 ile ilk beşte, %25,7 ile on bir ve üzerindeki sıralamada yer almıştır. Öğrencilerin %50,9'u iş bulma kolaylığı, %17,4'ü ise idealindeki meslek olduğu için ebelik bölümünü tercih etmiştir. Katılımcıların %80,8'i mesleklerini sevdiğini ve %60,5'i ebelik mesleğini tekrar tercih edebileceklerini belirtmiştir. Bununla birlikte öğrencilerin sadece %10,8'i mesleğinin toplumsal statüsünün iyi olduğunu düşünmektedir (Tablo 2).

Tablo 3'de öğrencilerin çalışmak istedikleri konum ve kurumlar hakkındaki görüşlerinin dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin %83,2'si mezuniyet sonrası ebelik yapacaklarını belirtirken, %13,8'si akademisyen olmayı planlamaktadır. Ebelik yapacağını belirten öğrencilerin, %33,1'inin aile sağlığı merkezinde (birinci basamak), %66,9'unun kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi ile eğitim, uygulama ve araştırma hastanesinde (ikinci ve üçüncü basamak), çalışmak istedikleri belirlenmiştir. Öğrencilerin ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında çalışmak istedikleri birimler; %34,4 ile doğumhane, %31,2 ile yenidoğan birimi ve %29,0 ile kadın doğum servisidir.

Tablo 1. Öğrencilerin Bazı Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Sınıf		
1. sınıf	75	44,9
2. sınıf	92	55,1
Mezun olduğu okul		
Sağlık meslek lisesi	4	2,4
Düz lise	92	55,1
Anadolulisesi	61	36,5
Diğer	10	6,0
En uzun yaşanan yer		
Köy	23	13,8
İlçe	61	36,5
Şehir	40	24,0
Büyükşehir	43	25,7
Aile tipi		
Çekirdek	145	86,8
Geniş	20	12,0
Parçalanmış	2	1,2
Ailenin gelir düzeyi		
Gelir giderden fazla	15	9,0
Gelir gidere denk	97	58,1
Gider gelirden fazla	55	32,9
Annenin eğitim durumu		
İlkokul	99	59,3
Ortaokul	32	19,2
Lise	23	13,7
Üniversite	5	3,0
Annenin mesleği		
Memur	4	2,4
İşçi	16	9,5
Emekli	9	5,4
Serbest	18	10,8
Ev hanımı	120	71,9
Babanın eğitim durumu		
İlkokul	72	43,1
Ortaokul	35	21,0
Lise	48	28,7
Üniversite	12	7,2
Babanın mesleği		
Memur	12	7,1
İşçi	39	23,4
Emekli	62	37,1
Serbest	39	23,4
Diğer	15	9,0
Toplam	167	100,0

Tablo 2. Öğrencilerin Mesleğe Seçme Nedenleri ve Mesleğe İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Bölümü tercih sırası		
1-5	90	53,9
6-10	34	20,4
11 ve üzeri	43	25,7
Mesleği seçmede en büyük etken		
İdealimdeki meslek	29	17,4
Rastlantı sonucu	8	4,7
Aile tercihi	15	9,0
Rol model	6	3,6
İş bulma imkanı	85	50,9
Puanın bölüme yeterliliği	23	13,8
Diğer	1	0,6
Mesleği sevme durumu		
Evet	135	80,8
Hayır	32	19,2
Tekrar ebelik mesleğini tercih etme durumu		
Evet	101	60,5
Hayır	66	39,5
Mesleği severek yapacağına inanma		
Evet	141	84,4
Hayır	26	15,6
Toplumsal statüsü		
İyi	18	10,8
Orta	94	56,3
Kötü	55	32,9
Toplam	167	100,0

Mezuniyet sonrası çalışmak istedikleri kurumları tercih etmelerindeki en önemli faktörler, mesleki doyum (%33,0), staj deneyimleri (%29,3) ve maaş durumudur (%29,3).

Öğrencilerin %43,1'i şehirde, %34,7'si büyükşehirde çalışmak istediklerini belirtmiştir.

Öğrencilerin mesleki yaşam ve kariyer planlarına hazırlıkları değerlendirildiğinde; %34,7'sinin Kamu Personeli Seçme Sınavına (KPSS), %10,8'inin Yabancı Dil Sınavlarına ve %5,4'ü Akademik Lisansüstü Sınavına (ALES) hazırlandığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin Çalışmak İstedikleri Konum ve Kurum Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Çalışmak istediği konum		
Ebe	139	83,2
Akademisyen	23	13,8
Mesleği icra etmek istemeyen	5	3,0
Çalışmak istediği kurum*(n:139)		
Aile sağlığı merkezi	46	33,1
Kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi	81	58,3
Eğitim, uygulama ve araştırma hastanesi	12	8,6
Çalışmak istediği birim**(n:93)		
Doğumhane	32	34,4
Yenidoğan birimi	29	31,2
Kadın doğum servisi	27	29,0
Poliklinikler	5	5,4
Çalışmak istediği kurumu/konumu tercih etmedeki faktörler		
Staj deneyimleri	49	29,3
Maaş durumu	49	29,3
Staj dışında başka bir kurum	4	2,4
İş doyumuna ulaşma	55	33,0
Diğer	10	6,0
Çalışmak istedikleri kurumun yeri		
Köy	3	1,8
İlçe	34	20,4
Şehir	72	43,1
Büyükşehir	58	34,7
Mesleki yaşam ve kariyer planı hazırlık türü		
Yabancı dil sınavlarına hazırlık	18	10,8
KPSS'ye hazırlık	58	34,7
ALES'e hazırlık	9	5,4
İkinci üniversiteye hazırlık	4	2,4
Kariyer planı yapmayan	76	45,5
Diğer	2	1,2
Toplam	167	100,0

* Ebe olarak çalışmak istediğini belirten öğrencilerin (n:139) çalışmak istedikleri sağlık kurumlarına göre dağılımı verilmiştir.

**İkinci ve üçüncü basamakta çalışmak istediğini belirten öğrencilerin (n:93) sağlık kurumunda çalışmak istedikleri birimlere göre dağılımı verilmiştir.

Birinci ve dördüncü sınıf ebeklik öğrencilerinin mesleğe ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında, iki sınıf arasında; mesleği sevme, yeniden ebeklik mesleğini tercih etme, mesleğini severek yapacağına inanma ve mesleğin toplumsal statüsü ile ilgili görüşleri arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

İki sınıf, üniversite tercih sıralamaları ve mezuniyet sonrası kariyer planları açısından karşılaştırıldığında, birinci sınıfların bölümü

ilk beşte tercih etme oranı ($p<0,001$), dördüncü sınıflarda ise kariyer planı yapma oranı daha yüksektir. ($p<0,05$) (Tablo 4).

Bu çalışmada, lisans eğitimi alan ebeklik öğrencilerinin meslekleri ile ilgili görüşleri, mesleği tercih etme durumları ve mezuniyet sonrası çalışma ve kariyer planları incelenmiştir. Çalışmada ayrıca birinci ve dördüncü sınıf öğrencileri arasında mesleğe yönelik bazı değişkenler ve kariyer planı yapma açısından fark ortaya konmuştur.

Tablo 4. Birinci ve Dördüncü Sınıf Öğrencilerin Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Özellikler	1.sınıf		4.sınıf		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Mesleği sevme durumu							
Evet	64	85,3	71	77,2	135	80,8	$\chi^2:1,776$
Hayır	11	14,7	21	22,8	32	19,2	$p:0,183$
Yeniden ebeklik mesleğini tercih etme durumu							
Evet	47	62,7	54	58,7	101	60,5	$\chi^2:0,273$
Hayır	28	37,3	38	41,3	66	39,5	$p:0,602$
Mesleği severek yapacağına inanma							
Evet	65	86,7	76	82,6	141	84,4	$\chi^2:0,518$
Hayır	10	13,3	16	17,4	26	15,6	$p:0,472$
Toplumsal statüsü*							
Olumlu	56	74,7	56	60,9	112	67,1	$\chi^2:3,561$
Olumsuz	19	25,3	36	39,1	55	32,9	$p:0,059$
Mesleki yaşam ve kariyer planı yapma durumu							
Evet	30	40,0	54	58,7	84	50,3	$\chi^2:5,777$
Hayır	45	60,0	38	41,3	83	49,7	$p:0,016$
Bölümü tercih sırası**							
1-5	56	74,7	34	37,0	90	53,9	$\chi^2:23,646$
6 ve üzeri	19	25,3	58	63,0	77	46,1	$p<0,001$
Toplam	75	100,0	92	100,0	167	100,0	

* Ebeliğin toplumsal statüsünü iyi-orta düzeyde değerlendirilmesi olumlu, kötü düzeyde değerlendirilmesi olumsuz olarak gruplandırılmıştır.

** Ebelik bölümü üniversite tercih sıralamalarında; on bir ve üzeri tercihler, 6 ve üzeri tercih sırasına dahil edilmiştir.

Ebelik bölümü öğrencilerinin aileleri düşük sosyo-ekonomik yapıya sahiptir. Farklı üniversitelerin ebeklik bölümlerinde yapılan çalışmalarda benzer şekilde öğrencilerin çoğunluğunun ebeveynlerinin düşük eğitilmiş ve annelerinin ev hanımı olduğu bildirilmiştir.⁵⁻⁸ Hemşirelik ve sağlık yöneticiliği gibi sağlıkla ilgili farklı bölümlerde okuyan öğrencilerle yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar ilk sıralarda tercih etmiştir. Birinci sınıfta bölümün ilk sıralarda yer alma sıklığının dördüncü sınıf öğrencilerine göre daha yüksek

bulunmuştur.^{5,8-13} Tıp öğrencilerinin ise anne ve babaları daha yüksek oranda lise ve üstü eğitimlidir.¹⁴⁻¹⁶

Ailenin sosyo-ekonomik düzeyi yanı sıra ülkemizde politik faktörlerden olan mesleğe girme olanakları, iş bulma ve eğitim fırsatı ebeklik mesleğinin tercih edilmesinde etkilidir.^{1, 8, 22-24} Öğrencilerin çoğunluğu üniversite eğitimi için ebekliği olması bölümün tercih edilirliğinin arttığını göstermektedir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda ebekliğin tercih edilen bölümler

arasında olduğunu göstermektedir.^{6,8,17-19} Öğrencilerin bölümü tercih etmelerindeki en belirleyici faktör, iş bulma kolaylığıdır. Türkiye istatistik kurumunun raporuna göre; işsizlik oranı %9,7'dur. Sağlık sektörü %2,1'i ile işsizliğin en az olduğu ikinci sektördür.²⁰ ²¹ Bu nedenle iş imkanı sağlıkla ilgili bir bölümü seçmede belirleyici bir etken olması beklenen bir sonuçtur. Farklı üniversitelerin ebelik ve hemşirelik bölümlerinde yapılan çalışmalarda, bölümlerin en önemli tercih edilme nedeninin iş bulma imkanı olduğunu görülmektedir.^{8, 10, 17, 18, 22-27}

Meslek sadece para kazanma yolu değil aynı zamanda bireylerin kendini ifade etme ve kendini gerçekleştirme açısından da önemlidir.¹ Meslekleşme sürecinde, etkili olan mesleğin toplumdaki imajı gibi dışsal faktörlerin yanı sıra profesyonel statüye ulaşmada meslek üyelerinin bireysel sorumluluklarını yerine getirmeleri de önemlidir. Uygulayıcıların hizmet sunmaya istekli olması ve işlerini yaşamlarının önemli bir parçası olarak görmeleri meslek olmanın önemli bir kriteridir.² Mesleğin toplumsal statüsünü düşük olarak değerlendirmelerine ve iş imkanı nedeni ile ebeliği tercih etmelerine rağmen öğrencilerin çoğunun mesleklerini severek yapacaklarını belirtmeleri olumludur. Ebelik ve hemşirelik öğrencileri ile ilgili yapılan benzer çalışmalar öğrencilerin mesleklerini isteyerek seçtikleri ve severek yapacaklarını düşündükleri görülmektedir.^{5,25,28,29} Yurtsal ve arkadaşlarının Sivas ilinde yaptıkları araştırmada öğrencilerin yaklaşık olarak tamamının ebelik mesleği hakkında düşüncelerinin olumlu olduğu bildirilmiştir.⁸

Dördüncü sınıf öğrencilerinin mesleği sevmeye, yeniden mesleği tercih etme ve mesleği severek yapacağına inanmalarına yönelik görüşleri birinci sınıflara göre daha meslek üyelerinin doğru şekilde istihdam edilmesi gerekir. Öğrencilerin mesleklerine uygun sağlık kurumlarında ve birimlerinde çalışmak istedikleri görülmektedir. Meslek üyelerinin üstlendikleri işi en iyi şekilde yapması ve topluma kaliteli bir hizmet

olumlu olmakla birlikte aralarında önemli bir fark yoktur. Şirin ve arkadaşlarının hemşire öğrenciler ile yaptığı çalışmada da benzer şekilde birinci ve dördüncü sınıfların mesleğe yönelik görüşleri arasında fark olmadığı bildirilmiştir.¹⁰ Tezel ve Arslan da benzer şekilde öğrencilerin birinci sınıfta meslekleri hakkında olumlu görüşe sahip olduklarını saptanmıştır.⁵

Mesleki eğitim teorik bilgi ve uygulama becerisi kazanmanın yanı sıra mesleki bakış açısının geliştiği ve meslek felsefesinin kazanıldığı bir dönemdir.^{2, 30} Ebelik mesleğinin başta ana-çocuk sağlığı olmak üzere ağırlıklı olarak sağlıklı bireylere hizmet etmesi, sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla yönelik sağlık hizmeti sunması, öğrencilerin mesleklerine karşı olumlu görüşe sahip olmalarında etkili olabilir. Hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu bölümlerinde okuyan öğrenciler ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin bölümlerini seçmelerindeki en sık belirtilen motivasyon faktörünün hemşirelik öğrencilerinde insanlara yardım etme, ebelik öğrencilerinde halkın sağlığını koruma ve geliştirme olduğu saptanmıştır.³¹

Araştırma grubunun yaklaşık üçte biri ağırlıklı olarak koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmet sunulması beklenen birinci basamak sağlık kurumlarında çalışmak istemektedir. Günümüzde Türkiye'deki 52.838 ebinin 12.647'si (%26'sı) diğer bir deyişle her dört ebeden biri birinci basamak sağlık kurumu olan aile hekimliği biriminde çalışmaktadır.³² İkinci ve üçüncü basamakta çalışmak istediğini belirten öğrenciler ise ağırlıklı olarak doğumhane, yenidoğan ve kadın doğum servislerinde çalışmak istediklerini belirtmiştir. Toplum yararına ebelik hizmetlerinin yerine getirilebilmesi için

sunması profesyonel olmanın bir gerekliliğidir.² Ayrıca hizmeti veren kişiler işlerini ne kadar iyi yaparlarsa, hizmet toplum için o kadar vazgeçilmez olur ve talep edilir.² Toplumun hizmeti talep etmesi mesleğin profesyonelleşmesi için de gereklidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, ebelik bölümü öğrencileri düşük sosyo-ekonomik ailelere sahiptir ve iş bulma imkanı bölümü tercih etmede en önemli faktördür. Öğrencilerin bölümlerini isteyerek seçtikleri ve mezuniyet sonrası mesleklerini severek yapacaklarını düşündükleri görülmüştür. Bölüm öğrencileri mesleklerinin toplumsal statüsünün düşük olduğunu düşünmektedir. Katılımcılar doğum ve ana-çocuk sağlığı ile ilgili sağlık kurumlarında ve birimlerde çalışmak

istemektedir. Birinci sınıftan itibaren mesleklerine karşı olumlu görüşe sahip olmakla birlikte son sınıfa geldiklerinde görüşleri daha olumludur. Ebelik bölümü öğrencileri hakkında daha kapsamlı bilgi sağlayacak profil çalışmalarına gereksinim vardır. Meslek adaylarının mesleğe karşı tutumlarını ve mesleğin toplumsal statüsünü etkileyen faktörleri çözümleyecek çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Tuzcuoğlu S. (1994). "Meslek Seçimi ve Önemi". M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 6:265-280.
2. Karadağ A. (2002). "Meslek Olarak Hemşirelik". Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2):1-8.
3. Çeber E, Yücel U. (2014). "Meslekleşme Sürecindeki Ebelik İçin Bilimsel Araştırmaların Önemi". e-SAĞLIK Ebek Dergisi, 1(1):11-14.
4. Yücel U, Ekşioğlu A, Demirelöz M, Koçak YÇ, Soğukpınar N. (2013). "Türkiye'de Ebeklik Lisansüstü Eğitim Profilinin İncelenmesi". Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 10(1):1342-1354.
5. Tezel A, Arslan S. (2002). "Erzurum Sağlık Yüksekokulu 1. Sınıf Öğrencilerinin Mesleklerini Seçmeye ve Mesleğe İlişkin Görüşleri". Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2): 39-45.
6. Erkal Sİ, Yalçın AS, Sancar B. (2012). "Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Ebeklik ve Hemşirelik Bölümlerini Seçme Nedenleri". Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1):73-90.
7. Yıldırım F, Çelik P, Özmen C, Erol S, Üst ZD, Özkan H. (2014). "Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Ebeklik Mesleğinde Erkeklerin Yer Almasına İlişkin Görüşleri". Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(1):646-655.
8. Yurtsal ZB, Biçer S, Duran Ö, Şahin A, Arslan M, Yavrucu ÖK. (2014). "Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebeklik 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Mesleğe İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi". Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(2):15-25.
9. Andsoy II, Güngör T, Bayburtluoğlu T. (2012). "Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Hemşireliği Tercih Etme Nedenleri ve Mesleğin Geleceği İle İlgili Görüşleri". Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1):124-130.
10. Şirin A, Öztürk R, Bezci G, Çakar G, Çoban A. (2008). "Hemşirelik Öğrencilerinin Meslek Seçimi ve Mesleği Uygulamaya Yönelik Görüşleri". Dirim Tıp Gazetesi, 83:69-75.
11. Karakurt P, Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. (2009). "Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Öz-Bakım Güçlerine Etkisi". Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(12):137-152.
12. Bozkurt ÖD, Daşkan Z, Kavlak O, Şirin A. (2013). "Ebelik Öğrencilerinin Gebelikte Şiddet Konusundaki Bilgi, Görüş ve Mesleki Tutumlarının Belirlenmesi". Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(2):99-107.
13. Ulusoy H, Tosun N, Aydın JC. (2014). "Türkiye'de Sağlık Yönetimi Alanında Lisans Eğitimini Sürdürmekte Olan Öğrencilerin Genel Profilinin Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma". HSP, 1(2):10-22.
14. Çalışkan D, Çulha G, Sarışen O, Karpuzoğlu S, Tunçbilek A. (2005). "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrenci ve Çalışanlarının Sigara İçme Durumu ve Etkili Faktörler". Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 58(3):124-131.
15. Vatan İ, Ocakoğlu H, İrgil E. (2009). "Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara İçme Durumunun Değerlendirilmesi". TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(1):43-48.
16. Ceylan E, Cinsler BB, Soytürk S, Şengün T, Erbay H. (2017). "Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Meslek Tercihinde Etkili Olan Faktörler". Journal of Medical Education and Informatics, 3(1):2-12.
17. Orak S, Orhan H, Ağırman Ö, Özgürce B. (2008). "Hemşirelik-Ebeklik Eğitiminde Süleyman Demirel Üniversitesi Örneği: Isparta Sağlık Yüksekokulu İntörn Öğrencilerinin Klinik Sahada Entegre Uygulaması İle İlgili Bilgi ve Tutumları". Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 15(3):11-16.
18. Özpancar N, Aydın N, Akansel N. (2008). "Hemşirelik 1. Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleği İle İlgili Görüşlerinin Belirlenmesi". Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(3):9-17.
19. Ejder S, Özkan HO, Çelebioğlu A. (2000). "Erzurum Sağlık Yüksekokulu ve Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Mesleği Seçme ve Devam Ettirme İle İlgili Görüşleri". I. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Sempozyumu Kitabı, İzmir, 33.
20. Türkiye İstatistik Kurumu (2013). İlgücü Verileri, [İnternet erişim: www.tuik.gov.tr], [Erişim Tarihi:06.06.2017]
21. Ergün G, Güzel A. (2016). "Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İlk Ve Son Sınıf Öğrencilerinin Meslek Seçimini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi". International Journal of Human Sciences, 13(1):1271-1284.
22. Kayacı S. (2006). "Sağlık Yüksekokulları Ebeklik Bölümü Öğrencilerinin Ebeklik Mesleği Hakkındaki Görüşlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi". Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, İzmir.
23. Bilgin Z, Ocakçı AF. (2011). "Ebelik Öğrencilerinde Mesleki Güdülenme". Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(3):40-46.
24. Ege E, Zincir H, Timur S, Geçgil E, Dursun S, Avşar Z ve ark., (2000). "Malatya Sağlık Yüksekokulu Ebeklik Bölümü Öğrencilerinin Sorunları ve Mesleki Beklentileri". 2000'li Yıllarda Sağlık Yüksekokullarında Eğitimin Geleceği Sempozyumu, Malatya, 197-202.

25. Tüfekçi FG, Yıldız A. (2009). "Öğrencilerin Hemşireliği Tercih Etme Gerekçeleri ve Gelecekleri İle İlgili Görüşleri". Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12(1):31-36.
26. Karadakovan A. (1996). "Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Eğitimin Başlangıcında ve Mezuniyetten Önce Meslek Seçimi Beklentileri ve Çalışmak İstedikleri Alanla İlgili Görüşlerinin İncelenmesi". Türk Hemşireliğinde Yüksek Öğrenimin 40. Yılı Sempozyum Kitabı, İzmir, 301-308.
27. Yılmaz İA, Dursun B, Pektaş K, Altay A. (2012). "Üniversite Öğrencilerinin Kariyer Seçimlerinin Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi: Pınarhisar MYO Örneği". Electronic Journal of Vocational Colleges. 12: 9-21.
28. Özsoy SA, Uysal A, Bayık A, Erefe İ. (1999). "Hemşire Öğrencilerin Mesleğe İlişkin Görüşlerinin İleriye Dönük İncelenmesi". VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, Erzurum, 345-350.
29. Erkal S, Yalçın S. (2003). "Öğrenciler Neden Hemşireliği Seçer?" II. Uluslararası- IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, Antalya, 637-640.
30. Pınar ŞE, Cesur B, Duran Ö, Güler E, Üstün Z, Abak G. (2013). "Ebelik Öğrencilerinin Mesleki Profesyonellikleri ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi". Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 8(23):19-37.
31. Karaoğlu L, Çelebi E, Pehlivan E. (2007). "Nursing, Midwifery and Health Officer Programs Undergraduate Students' Attitudes towards Their Future Career: Motivating/Demotivating Professional Characteristics and Career Preferences". İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14(4):219-225.
32. Başara BB, Güler C, Yentür GK. (2015). Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Ankara, 141-155.

X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel Yenilikçilik Farkındalıklarının Karşılaştırılması

Comparison of Generation X and Y Nurses and Student Nurses' Individual Innovativeness Awareness

Melih BAŞOĞLU¹, Aylin DURMAZ EDEER²

ÖZET

İki kuşak arasındaki farklılığın kişilerin bireysel gereksinimlerini ve meslek algılarını etkileyebileceğini ve yenilikçiliğe yönelik düşüncelerinde farklılıklar oluşturacağını düşünmekteyiz.

Bu araştırma X ile Y kuşaklarındaki hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin yenilikçiliklerini karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya, gönüllü 47 hemşire ve 118 hemşirelik öğrencisi dahil edilmiştir. Araştırma verileri kişisel bilgi formu ve Bireysel Yenilikçilik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Analizler Mann Whitney U testi ve bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin, %65,95'i X, %34,05'i Y kuşağındadır ve ölçek puan ortalamaları sırasıyla $62,96 \pm 10,34$ ve $72,06 \pm 7,36$ bulunmuştur. Hemşirelerin bulunduğu kuşaklara göre ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin tamamı Y kuşağındadır ve ölçek puan ortalaması $68,92 \pm 7,76$ 'dir. Bilimsel toplantılara katılanların bireysel yenilikçilik puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada; Y kuşağı hemşirelerinin, daha yenilikçi olduğu saptanmıştır. Bireysel yenilikçilik puan ortalamasına göre Y kuşağı hemşireleri yeniliğe karşı "Öncü" kategoride, X kuşağı hemşireleri ve Y kuşağındaki hemşirelik öğrencileri ise "Sorgulayıcı" kategoride olacak şekilde izlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Hemşirelik Öğrencileri, Kuşak Farkı

ABSTRACT

We think that generational differences can affect individuals' needs, perception of their profession and cause them to have different opinions regarding innovation.

This study is conducted for evaluating generation X and Y nurses and student nurses' innovativeness. The voluntary participants in the study group are 47 nurses and 118 students. Research data is collected through Individual Innovativeness Scale and personal information forms. Analysis was conducted through Mann Whitney U and importance of difference between two means' gap in independent groups test.

The %65.95 of the participant nurses in the study are X generation and %34.05 are Y generation. Generation X nurses' scale score average is 62.96 ± 10.34 while generation Y is 72.06 ± 7.36 . It is found that there is a significant difference in scale score average between the nurses' generation. All of the student nurses are of the Y generation. Students' scale score average is 68.92 ± 7.76 . A significant difference was found regarding the attendance to the scientific meetings as those who attend such meetings scores higher.

In the study, it was found that generation Y nurses are more innovative. It was observed that according to scale score average generation Y nurses are categorised as "Early Adopters" and generation X nurses and student nurses are categorised as "Early Majority".

Key Words: Nursing, Nursing Students, Generation Gap

*Bu araştırma 13-16 Nisan 2017 tarihleri arasında İzmir'de gerçekleşmiş olan Öğrenci Hemşireler Derneği I. Uluslararası IV. Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Kongresi'nde ve 26-28 Nisan 2017 tarihleri arasında İstanbul'da gerçekleşmiş olan 16. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.
Araştırmanın etik kurul izinleri Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

¹Yüksek Lisans Öğrencisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

²Yard. Doç. Dr. Cerrahi Hemşireliği, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada yaklaşık beş farklı kuşağın birlikte yaşadığı düşünülmektedir. Her yeni gelen kuşakla birlikte kişilerin yaşam tarzları ve hayata bakış açıları da değişmektedir. Değişen ihtiyaçlar ve bu ihtiyaçlar doğrultusunda gelişen bireysel nitelikler; kuşaklar arasında farklılıklara yol açmaktadır. Kuşaklar arasındaki bu farklılıklar bazı işlerin yapılmasında zorluklar veya kolaylıklar oluşturabilmektedir.¹ Çalışma hayatında özellikle iki kuşak öne çıkmaktadır. Bu kuşaklardan biri özellikle 1965 – 1980 yılları arasında doğan X kuşağı ve 1981 – 2000 yılları arasında doğan Y kuşağıdır.²

X kuşağı üyeleri, iş yaşamında sadık, elindeki ile yetinebilen ve aynı işte uzun yıllar çalışabilen bireyler olarak bilinmektedirler. X kuşağında bulunan bireyler, teknolojinin yaygınlaştığı bir döneme denk geldiklerinden zorunlu olarak teknolojiyi günlük yaşamlarında kullanmaya başlamışlardır fakat teknolojiyle ilişkisi düşük bireyler olarak tanımlanmaktadırlar. Y kuşağında bulunan bireyler sürekli öğrenmek, beklentilerini anında gerçekleştirmek gibi özellikleri çalışma yaşamlarında aramaktadırlar. Teknolojinin hayatımıza kattığı hız onları hızlı düşünmeye, hızlı harekete geçmeye ve dolayısıyla da hızlı tüketmelerine sebep olmaktadır. Bu sebeple Y kuşağı üyelerinin önceki kuşaklara nazaran daha fazla iş değiştirdikleri düşünülmektedir.¹⁻³⁻⁴ Kuşaklar arasındaki bu farklılıkların yeniliğe uyum ve yenilikçi eylemlerin uygulanması konusunda farklılıklar oluşturabileceği düşünülmektedir.

Yenilikçilik; yeni oluşturmak için eskiyi geliştirerek veya yeni bir fikir ortaya koyarak yeni ürünlerin araştırılması, bulunması, denenmesi, geliştirilmesi, izlenmesi ve benimsenmesidir.⁵⁻⁶

Günümüzde gelişmelere ve yeniliklere uyum sağlayabilmek için kişilerin, birimlerin ve kuruluşların sürekli, istikrarlı bir şekilde yenilenmeleri ve yeniliği bir ihtiyaç olarak görmeleri gerekmektedir.

Tıbbi uygulamaların günümüz teknolojisinden etkilenmesiyle birlikte sağlık anlamında gerçekleşmekte olan gelişme ve yenilenmeler, hemşirelik bakım hizmetlerinde de yenilenme ihtiyacına yol açmaktadır. Bu doğrultuda hemşirelik bakım hizmetleri anlamında, yeni bakım değerlerinin oluşturulması ve var olan değerlerin iyileştirilerek günümüze uyarlanması için yenilenme çalışmalarına gerek duyulmaktadır.

Yenilik ve yenilenme çalışmaları hemşirelik bakımının daha kaliteli hale getirilmesinde önemlidir. Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), bakımın geliştirilmesinin mesleki ilerlemede anahtar görevi göreceğini belirtir ve bilinen/öğretilen uygulamalar yerine, araştırma ve bilimsel bilgi ile tamamlanması gereken yeni uygulamalara yer verilmesi gerektiğini savunmaktadır. ICN, hemşirelerin yenilikçi davranışlarının desteklenmesi, hemşirelerin yenilikçi rolünün ortaya çıkarılması, mesleki bilginin geliştirilmesi önermektedir.⁶ Bu anlamda hemşirelerden yenilikçi olmaları beklenmektedir. Yenilikçi bir hemşire, araştırma sonuçlarını ve kanıta dayalı uygulama sonuçlarını uygulamaya geçirebilir.⁷ Tıpkı hemşireler gibi hemşirelik öğrencileri de mesleki eğitimleri süresince mesleki değerlerini kazanmalı, yeniliğe açık, değişime uyum sağlayacak şekilde eğitilmelidir.⁸

Sönmez ve Yıldırım'ın yapmış olduğu bir çalışmada, hemşirelerin yeniliği düşünmeleri ve yenilik üzerine araştırma yapmaları için motive edilmesi, fırsat verilmesi, yeterli zaman ve kaynak sağlanması gerektiği önerilmiştir.⁹ Bu nedenle hemşirelerin yenilikçilik algılarının değerlendirilmesi önemlidir.

Türkiye'de çalışan hemşirelerin X ve Y kuşağının temsilcisi olduğu düşünülmektedir. Bu iki kuşak farklılığının; yenilikçilik ve yenilik düşüncelerinde farklılıklar olabileceğini düşünmekteyiz. Bu durumda, iki farklı kuşağı kapsayan

hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin yenilikçilik özelliklerinin nasıl olduğu önem kazanmaktadır.

Bu araştırma X ve Y kuşaklarındaki hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin bireysel yenilikçiliklerini karşılaştırmak amacıyla planlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitseldir.

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşireler ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi son sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Hastanede 650 hemşire çalışmaktadır. Son sınıf hemşirelik öğrencileri 306 kişidir.

Araştırmanın Örnekleme

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde acil servis, yoğun bakım, ameliyathane hemşireleri ve birebir hasta bakımı yapılmayan gündüz bakım birimlerinde (hemodiyaliz, gündüz hastanesi, kemoterapi ünitesi, kan alma birimi vb.), poliklinik hizmetlerinde çalışan hemşireler örnekleme alınmamıştır. Araştırmanın evreni 400 hemşire oluşturmuştur. Hemşirelerden araştırmaya katılmayı istemeyenler, yıllık ve doğum izninde olanlar ve klinikte altı aydan daha az çalışanlar örneklemeden çıkarılmıştır. Araştırmanın örneklemini psikiyatri, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, pediatrik onkoloji, pediatrik enfeksiyon ve tetkik, kulak burun boğaz, fizik tedavi ve rehabilitasyon, göz hastalıkları ve dahiliye servislerinde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 47 hemşire oluşturmuştur. Klinikte altı aydan daha az çalışan hemşireler araştırma kapsamına alınmamıştır. Bu klinikler iki kuşaktan hemşirenin çalıştığı kliniklerdir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi son sınıf öğrencilerinden dahili ve cerrahi kliniklerde intern uygulaması yapan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 118 hemşirelik öğrencisi araştırmanın hemşirelik öğrencileri örneklemini oluşturmaktadır. Intern uygulamasına devam etmeyen

öğrenciler araştırma kapsamına alınmamıştır.

Araştırmada, X kuşağı; 1965 ile 1980 yılları arasında doğanları; Y kuşağı; 1981 ile 2000 yılları arasında doğanları kapsamaktadır.²

Veri Toplama Araçları

Araştırmada, hemşireler için Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu ve Bireysel Yenilikçilik Ölçeği kullanılmıştır. Hemşireler için Tanıtıcı Bilgi Formu; hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini içeren dokuz sorudan oluşan bir formdur.

Hemşirelik öğrencileri için Hemşirelik Öğrencisi Tanıtıcı Bilgi Formu ve Bireysel Yenilikçilik Ölçeği kullanılmıştır. Hemşirelik öğrencileri için Tanıtıcı Bilgi Formu, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini içeren 6 sorudan oluşan bir formdur.

Bireysel Yenilikçilik Ölçeği (Innovativeness Scale) (BYÖ); 1977 yılında Hurt, Joseph ve Cook tarafından geliştirilmiştir. Bireylerin genel olarak sahip oldukları yenilikçilik düzeylerini ve ait oldukları yenilikçilik kategorisini belirlemek için oluşturulmuş bir ölçektir. Orijinal ölçeğin, ölçek maddelerinin faktör yükü 0,54 ile 0,72 arasında değişmektedir. İç tutarlık katsayısı 0,89, yarıya bölme eşdeğerlik katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur.¹⁰

Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik uyarlaması eğitim fakültesi öğrencilerinde Kılıçer ve Odabaşı tarafından gerçekleştirilmiştir.¹¹ Bu ölçeğin hemşirelerle yapılan diğer güvenilirlik geçerlik çalışması Kemer tarafından yapılmıştır.¹² Kemer güvenilirlik ve geçerlik yaptığı ölçek formunun kullanılmasına izin vermemiştir. Bu yüzden Kılıçer ve

Odabaşı'nın güvenilirlik ve geçerliğini yaptığı ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin kullanımı için Kerem Kılıçer'den izin alınmıştır.

Güvenirlik ve geçerliği yapılan ölçeğin açımlayıcı faktör analizinde Kaiser-Meyer-Oklin(KMO) değeri 0,83, faktör analizinde dört faktörün ölçeğe ilişkin açıkladığı varyans % 52,52'dir. Ölçekte yer alan maddelerin madde toplam korelasyon değerleri 0,27 ile 0,51 arasında değişmektedir. Cronbach Alpha korelasyon katsayısı 0,82, test-tekrar test güvenilirliğinin 0,87 olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda Bireysel Yenilikçilik Ölçeği'nin (BYÖ) yenilikçilik düzeylerinin ve yenilikçilik kategorilerinin belirlenmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu bildirilmiştir.¹¹

Ölçek; 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte ifadeler 5'li likert şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek maddelerinin 12'si pozitif (1, 2, 3, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 16, 18. ve 19. maddeler), 8'i negatif maddelerden (4, 6, 7, 10, 13, 15, 17. ve 20. maddeler) oluşmaktadır. Ölçek puanı; pozitif maddelerden alınan toplam puandan negatif maddelerden alınan toplam puanın çıkarılmasıyla elde edilen puana 42 puan eklenmesiyle hesaplanmaktadır. Ölçekten en düşük 14, en yüksek ise 94 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanlara göre; hesaplanan puan 80 puan üstünde ise "Yenilikçi", 69 ve 80 puan arasında ise "Öncü", 57 ve 68 puan arasında ise "Sorgulayıcı", 46 ve 56 puan arasında ise "Kuşkucu", 46 puan altında ise "Gelenekçi" olarak yorumlanmaktadır.¹¹

Verilerin Toplanması

Hemşirelere ve öğrencilere araştırmanın amacı açıklanmıştır. Araştırmaya katılmak

isteyenlerden sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Araştırmanın verileri; araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler ve hemşirelik öğrencileri ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırma verileri, Şubat - Nisan 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde izin alınan kliniklerde çalışan hemşirelere formlar dağıtılmıştır. Formların doldurulması için klinik yoğunluklarına göre zaman verilmiştir. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi son sınıf öğrencilerinden veriler okulda oldukları, sınav olmayan günlerde toplanmıştır. Ölçeklerin uygulanma süresi ortalama 20 dakikadır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS paket programı (Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı) 20,0 kullanılmıştır. Analizler, Mann Whitney U testi ve bağımsız grupta iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırma Etiği

Araştırma için Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'ndan 13 Aralık 2016 tarihinde ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden 14 Aralık 2016 tarihinde kurum izni alınmıştır. Araştırma için gerekli etik kurul izni Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (karar no:2017/03-07) 16 Şubat 2017 tarihinde izin alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Hemşirelerin Bireysel Yenilikçilik Ölçeği Bulguları

Hemşirelerin tamamı kadındır, %78,7'si evli ve %59,6'sı çocuk sahibidir. Hemşirelerin %65,95'i X, %34,05'i Y kuşağındadır. Hemşirelerin %58'i dahili kliniklerde, %41,9'u cerrahi kliniklerde çalışmaktadır.

Hemşirelerin BYÖ puan ortalaması 66,06±10,3 (min:49, max:88)'tür. Hemşirelerin %6,3'ünün yenilikçi, %38,3'ünün öncü, %27,7'sinin sorgulayıcı ve %27,7'sinin kuşkucu olduğu bulunmuştur.

X ve Y kuşağındaki hemşirelerin ölçek puan ortalamaları sırasıyla 62,96 ± 10,34 ve 72,06 ± 7,36 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (U:385,5 p:0,002; p<0,05). Bu doğrultuda Y kuşağındaki hemşirelerin daha yenilikçi olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre BYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (U:282,5 p:0,33; p>0,05). Hemşirelerin bilimsel toplantılara katılma durumlarına göre BYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür. (U:74 p:0,019; p<0,05). Bilimsel toplantılara katılan hemşirelerin, katılmayan hemşirelerden daha yenilikçi olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin medeni durumlarına göre BYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (U:225,5 p:0,29; p>0,05). Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre BYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (U:412,5 p:0,001; p<0,05). Çocuk sahibi olmayan hemşirelerin, çocuk sahibi olan hemşirelerden daha yenilikçi olduğu görülmüştür. (Tablo 1)

Tablo 1. Hemşirelerin kuşak, çalışılan klinik, medeni durum, bilimsel toplantılara katılma, çocuk sahibi olma durumuna göre bireysel yenilikçiliklerinin karşılaştırılması

	Puan Ort ±SS*	U	(p)
Kuşak			
X (n:31)	62,96 ±0,34	385,5	0,002**
Y (n:16)	72,06 ±7,36		
Çalışılan Klinik			
Dahili Klinik (n:32)	65,03 ±0,51	282,5	0,33
Cerrahi Klinik (n:15)	68,26 ±9,82		
Bilimsel Toplantılara Katılım Durumu			
Katılanlar (n:8)	75,00 ±5,95	74	0,019**
Katılmayanlar (n:39)	64,23 ±10,08		
Medeni Durumu			
Evli (n:37)	65,16 ±10,78	225,5	0,25
Bekar (n:10)	69,40 ±7,86		
Çocuk Sahibi Olma Durumu			
Çocuğu Olanlar (n:28)	62,07 ±9,4	412,5	0,001**
Çocuğu Olmayanlar (n:19)	71,94 ±8,78		

*SS: Standart Sapma **P: anlamlılık değeri <0,05

Araştırmada hemşirelerin BYÖ puan ortalaması 66,06 ± 10,3 (min:49, max:88) olarak bulunmuştur. Kemer'in yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin yenilikçilik puan ortalamalarının 66,13±8,09 olduğu görülmektedir.¹² Clement-O'Brien ve arkadaşlarının 106 yönetici hemşire ile yaptıkları çalışmada, hemşirelerin bireysel yenilikçilik puan ortalaması 59,81±6,82 olarak saptanmıştır.¹³ Yiğit ve Aksay'ın sağlık profesyonelleri ile yaptığı çalışmada hemşirelerin yenilikçilik puan ortalaması 64,45 olarak bildirilmiştir.¹⁴ Araştırma sonuçları benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin fazla sayıda hastaya bakım vermeleri, kurum politikaları ve insana zarar vermeme ilkesi doğrultusunda yeniliklere karşı sorgulayıcı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada, Bireysel Yenilikçilik Ölçeği puan ortalamasına göre; X kuşağındaki hemşirelerin sorgulayıcı, Y kuşağındaki hemşirelerin öncü olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin bulunduğu kuşağa bağlı olarak bireysel yenilikçilik düzeylerinde farklılık

olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin kuşaklar arasında yenilikçiliklerini değerlendiren başka bir araştırmaya ulaşamamıştır. Sadece sağlık profesyonellerinin kuşaklara göre yenilikçiliklerini inceleyen bir çalışmaya ulaşılmıştır.¹⁴ Bu çalışmada X kuşağının öncü, Y kuşağının sorgulayıcı olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada X kuşağını çoğunlukla doktorların, Y kuşağını da hemşirelerin oluşturduğu gösterilmiştir. X kuşağında görülen öncü özelliğinin doktorlardan kaynaklandığı belirtilmiştir. Y kuşağının sürekli öğrenmek, beklentilerini anında karşılamak, teknolojiyi iyi kullanmak gibi özellikleri nedeniyle X kuşağından farklı olduğu düşünülmektedir fakat X kuşağının, teknolojiyle ilişkisi düşük bireyler olarak tanımlanması, yenilikçi yaklaşımlara ve yeniliğe karşı sorgulayıcı olmalarına neden oluyor olabilir.

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere ve medeni durumlarına göre BYÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hemşirelerin bilimsel toplantılara katılma durumlarına ve çocuk sahibi olma durumlarına göre BYÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark görülmüştür ($p<0,05$). Hemşirelerin çalıştıkları klinikler arasında, hasta bakımının düzenli ve ayrıntılı verilmesi, ekip iletişiminin olması, klinik ve servis sorumlu hemşireleri arasında etkileşimin olduğu ortamlar olması nedeniyle fark bulunmamış olabilir. Yenilik arama davranışlarının medeni durumdan etkilenmediği fakat çocuk sahibi olmanın yenilikçi davranışları olumsuz etkilediği bulunmuştur. Çocuk sahibi olmanın bireyin üzerine yeni sorumluluklar yüklemesiyle ve kendine dolayısıyla mesleki gelişimine ayırabileceği zamanın kısıtlanmasıyla, hemşirelerin bilimsel araştırmaları takip etmekte zorlandığını, bununla birlikte yeniliğe ilişkin çalışmaları takip edemediği ve bu gerekçelerle yenilikçilik puanlarının daha düşük olduğu düşünülmektedir.

Bilimsel toplantılara katılma isteği bireyin yenilik arayışının ve gelişmek istemesinin bir göstergesi olarak düşünülebilir. Ayrıca düzenlenen bilimsel

programların hemşirelerin gereksinimlerine cevap verme, farkındalık yaratma gibi etkilerinden dolayı bilimsel toplantılara katılan hemşirelerin yenilikçilik puanları yüksek çıkmış olabilir.

Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Bireysel Yenilikçilik Ölçeği Bulguları

Öğrencilerin %89'u kadın, %11'i erkektir. Hemşirelik öğrencilerinin %72'si dahili kliniklerde, %28'i cerrahi kliniklerde intern uygulaması yapmaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin tamamı Y kuşağındadır.

Hemşirelik öğrencilerinin BYÖ puan ortalaması $68,92 \pm 7,76$ (min:51, max:94)'dır. Hemşirelik öğrencilerinin %8,4'ünün yenilikçi, %44,1'inin öncü, %42,4'ünün sorgulayıcı ve %5,1'inin kuşkucu olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin uygulama yaptıkları kliniklere göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (U: 1342 $p:0,906$; $p>0,05$). Öğrencilerin bilimsel toplantılara katılma durumuna göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (U:1015,5 $p:0,001$; $p<0,05$). Bilimsel toplantılara katılan öğrencilerin, katılmayan öğrencilerden daha yenilikçi olduğu görülmüştür. (Tablo 2)

Tablo 2. Hemşirelik öğrencilerinin çalışılan klinik, bilimsel toplantılara katılma durumuna göre bireysel yenilikçiliklerinin karşılaştırılması

	Puan Ort $\pm SS^*$	U	(p)
Çalışılan Klinik			
Dahili Klinik (n:85)	68,76 $\pm 7,15$	1342	0,906
Cerrahi Klinik (n:33)	69,06 $\pm 9,27$		
Bilimsel Toplantılara Katılım Durumu			
Katılanlar (n:40)	72,15 $\pm 7,86$	1015,5	0,001**
Katılmayanlar (n:78)	67,26 $\pm 7,21$		

* SS: Standart Sapma **P: anlamlılık değeri $<0,05$

Hemşirelik öğrencilerinin BYÖ puan ortalaması $68,92 \pm 7,76$ (min:51, max:94)'dır. Y kuşağındaki hemşirelik öğrencilerinin sorgulayıcı olduğu saptanmıştır. Y kuşağındaki öğrencilerin klinik sorumluluk alma konusunda yeterliliklerinin sınırlı olması ve klinik

ihtiyaçları saptamak üzere yeterli deneyimi edinmemiş olmaları nedeniyle yenilikçilik puanlarının Y kuşağında bulunan hemşirelerden daha düşük olduğu düşünülmektedir. Literatürde hemşirelik öğrencilerinin yenilikçilik düzeylerinin belirlenmesine yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çuhadar, Bülbül ve Ilgaz'ın son sınıf öğretmen adaylarının bireysel yenilikçilik özelliklerini inceledikleri çalışmada, öğretmen adaylarının bireysel yenilikçilik özelliklerinin Sorgulayıcı kategoride olduğu bildirilmiştir.¹⁵ Bizim çalışmamızın hemşirelik öğrencileri bulguları ile benzerlik göstermektedir. Öğrencilerin, mesleki deneyimlerinin artmasıyla yenilik ihtiyaçlarının ve yenilikçilik düzeylerinin de artması beklenmektedir.

Öğrencilerin uygulama yaptıkları kliniklere göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

görülmemiştir ($p>0,05$). Hemşirelik öğrencilerinin yenilikçilik düzeylerini etkileyen faktörlere yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Öğrenciler, öğrenen oldukları için klinik ortamda görülen bütün hastalar onlar için yeni bir deneyim olmaktadır. Bu nedenle farklı kliniklerde uygulama yapan öğrencilerin yenilikçilikleri arasında fark olmadığı düşünülmektedir.

Öğrencilerin bilimsel toplantılara katılma durumuna göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ($p<0,05$). Öğrencilerin bilimsel toplantılara katılması, gereksinim duyduğu, merak ettiği bilgiye ulaşmasının bir aracıdır. Bilimsel toplantılara katılan öğrencilerin bu davranışı sergilemeleri yenilikçi davrandıklarını göstermektedir. Bu yüzden bilimsel toplantılara katılanların yenilikçilik puan ortalamalarının yüksek olduğu düşünülmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada kuşaklara göre yenilikçilik düzeyleri ve yenilikçiliği etkileyen faktörler değerlendirilmiştir. Y kuşağı hemşirelerinin yenilikçilik puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bilimsel toplantılara katılan ve çocuk sahibi olmayan hemşirelerin yenilikçilik puan ortalamaları diğer hemşirelere göre daha yüksektir. Y kuşağı hemşirelerinin son sınıf hemşirelik öğrencilerine göre yenilikçilik puan ortalamaları daha yüksektir. Bilimsel toplantılara katılan öğrencilerin yenilikçilik puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin yenilikçilik davranışını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesini ve bu faktörlerin olumsuz yönlerini ortadan kaldıracak planlamaların yapılmasını önermekteyiz.

Araştırmamızda, Y kuşağını temsil eden hemşire sayısının az olması nedeniyle; her iki kuşağı da temsil edecek büyük örnekleme ve Y kuşağının bulunma

olasılığı yüksek olduğu özel birimlerde (yoğun bakım, acil servis vb.) çalışan hemşireler üzerinde çalışmanın tekrar yapılması önerilmektedir. Yeni işe başlayan ve kıdemli hemşirelerde yenilikçilik davranışının değerlendirilmesi ve hemşirelik öğrencilerinde longitudinal bir çalışma ile sınıflara göre gelişiminin incelenmesi önemlidir.

Hem hemşire hem de öğrenci grubu yeniliğe karşı sorgulayıcı olarak tanımlandığından iki grup üzerinde de yenilik algısını etkileyecek, bireylerin yenilik ihtiyaçlarının farkına varmalarını sağlayacak çalışmaların yapılmasının faydalı olacağı kanısındayız.

Teşekkür

Sunmakta olduğumuz bu çalışmaya, sürece olan katkıları ile destek sağlayan arkadaşlarımız Büşra TOPALOĞLU, Gülşah GÖZE ve Ayşenur TARHAN'a teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Deneçli, S. ve Deneçli, C. (2012). Nabza Göre Şerbet, Kuşağa Göre Etkinlik: Eğlencenin Pazarlanması ve Kuşaklar. Pazarlama ve İletişim Kültürü Dergisi, 40:33-35.
2. Aydın, Ç. G. ve Başol, O. (2014). X ve Y Kuşağı: Çalışmanın Anlamında Bir Değişme Var mı?. Electronic Journal of Vocational Colleges, Aralık 2014:1-15.
3. Ayhün, S. E. (2013). Kuşaklar Arası Farklılıklar ve Örgütsel Yansımaları. Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi, (2) S:1
4. Adıgüzel, O., Batur, H. Z. ve Ekşili, N. (2014). Kuşakların Değişen Yüzü ve Y Kuşağı ile Ortaya Çıkan Yeni Çalışma Tarzı: Mobil Yakalılar. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (19) S:165-182
5. Bulut, Ç. ve Arbak, H. (2012). EĞİAD Yenilik - Yenileşim - İnovasyon Dünyasına Bir Yolculuk: Bölüm 1 İnovasyon, Direnç ve İletişim: Kavramsal Bir Tartışma. İnovasyon Raporu, S: 3-14
6. International Council of Nurses (2009). Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Care Innovations. 3, place JeanMarteau, 1201 Geneva, Switzerland ISBN: 978-9295065673
7. Dayyhoff, N., Moore, P. (2002). Entrepreneurial clinical nurse specialists. Innovators of patient care. Clinical Nurse Specialist, 16(5): 274-276.
8. Kaya, H., Kaya, N., Işık, B., Şenyuva, E. (2011). İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi: Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel ve Profesyonel Değerleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(1):18-26.
9. Sönmez, B. ve Yıldırım, A. (2014). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Yenilikçi Davranışları ve Yenilikçi Davranışlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi: Niteliksel Bir Çalışma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, (2):100-108.
10. Hurt, H.T., Joseph, K., ve Cook, C.D. (1977). Scales For The Measurement Of Innovativeness. Human Communication Research, 4:58-65.
11. Kılıçer, K. ve Odabaşı, H. F. (2010). Bireysel Yenilikçilik Ölçeği (BYÖ): Türkçe'ye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 38:150-164.
12. Kemer, A.S. ve Altuntaş, S. (2017). Bireysel Yenilikçilik Ölçeği'nin Hemşireliğe Uyarlanması: Türkçe Geçerlik - Güvenirlik Çalışması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 14 (1): 52-61
13. Clement-O'Brien, K. F. Polit, D., Fitzpatrick, J. (2011). Innovativeness Of Nurse Leaders. Journal of Nursing Management, 19:431-438.
14. Yiğit, S. ve Aksay, K. (2015). A Comparison between Generation X and Generation Y in Terms of Individual Innovativeness Behavior: The Case of Turkish Health Professionals. International Journal of Business Administration, 6(2):106-117.
15. Çuhadar, C., Bülbül, T., Ilgaz, G. (2013). Öğretmen Adaylarının Bireysel Yenilikçilik Özellikleri ile Teknopedagojik Eğitim Yeterlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Elementary Education Online, (3)5:797-807.

Çocuğa Yönelik Cinsel İstismar Vakaları ile Çalışan Sosyal Çalışmacıların Psikososyal Etkilenme Deneyimleri

Psychosocial Exposure Experiences of Social Workers Working With Cases of Child Sexual Abuse

Ertuğrul HATİPOĞLU¹

ÖZET

Bu çalışmanın amacı çocuk refahı alanında çalışan ve çocuğa yönelik cinsel istismar vakaları ile sık sık karşılaşan sosyal çalışmacıların psikososyal etkilenme deneyimlerini çok yönlü ele almaktır. Bu çalışmada çocuğa yönelik cinsel istismar vakaları ile halen çalışan ya da geçmişte çalışma deneyimi olan sosyal çalışmacıların kişisel, ailesel ve sosyal etkilenme deneyimleri belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca sosyal çalışmacıların, bu etkilerden hangi sağaltım teknikleri kullanarak kurtuldukları öğrenilmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda, Ankara'da çeşitli resmi kuruluşlarda ve sivil toplum örgütlerinde çalışan 23 sosyal çalışmacı ile derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin çocuğa yönelik cinsel istismar vakalarının ağır psikolojik yükü beraberinde getirdiği, bunun da kişide mesleki tükenmişlik, dolaylı travma, aile ilişkilerinde daha şüpheli, çocuğunu daha korumaya eğilimli hale geldiklerini ifade etmişlerdir. Çalışmanın sonunda bu alanda çalışan sosyal çalışmacıların, meslektaşlarına ve yetişmekte olan sosyal hizmet öğrencilerine önerileri ifade edilmiş ve araştırma bulguları bağlamında öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Çocuğa yönelik cinsel istismar, Sosyal Çalışmacı, Psikososyal etkiler, Dolaylı travmatizasyon

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the psychosocial exposure experiences of social workers who work in the field of child welfare and frequently encounter sexual abuse cases directed at children. In this study, attempts were made to determine the personal, familial and social experiences of sexual exploitation of the child and the social workers who are currently working or have experience working in the past. In addition, social workers tried to find out what treatment methods they used to get rid of these effects. In this context, in Ankara, in-depth interviews were conducted with 23 social workers working in various official organizations and non-governmental organizations. Individuals participating in the research expressed that the cases of sexual exploitation for the child brought with it a heavy psychological burden, which resulted in occupational burnout, indirect trauma, more skepticalness in family relations, and a tendency to protect the child. At the end of the study, recommendations were made to colleagues of social workers working in this area and to growing social workers, and suggestions were made in the context of research findings.

Keywords: Child sexual abuse, Social worker, Psychosocial impacts, Vicarious traumatization

*Bu çalışma 3. Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresinde bildiri olarak sunulmuştur.

¹Arş. Gör. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuğa yönelik cinsel istismar günümüzde birçok çocuğun maruz kaldığı, fiziksel, uzun dönemli psikolojik ve sosyal etkileri olan bir insan hakkı ve çocuk hakkı ihlalidir. Çocuğun cinsel istismarı daha izole, nadir rastlanan uzaktaki bir gerçek olmasından ziyade; kişisel, ailesel, sosyal ve kültürel faktörleri içinde barındıran daha karmaşık ve evrensel bir problemdir.¹

Çocuğa yönelik cinsel istismarın birçok tanımını mevcuttur. Bir çocuğun cinsel olarak olgunlaşmış kişi tarafından, cinsel uyarılma amacıyla uygulanan her türlü eylem olarak genel anlamıyla ifade edilmektedir.² Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre çocuk cinsel istismarı, çocuğun içinde bulunduğu durumu bütünüyle kavramaya ve değerlendirmeye yetecek olgunluğa erişmeden, yasaları ve toplumsal kuralları ihlal ederek cinsel aktivitede bulunulmasıdır. Çocuk cinsel istismarı, bir yetişkin ya da yaş ve gelişimsel olarak daha büyük çocuk (mağdurdan en az 4 ya da 6 yaş büyük olması gerekir)^{3,4} arasındaki cinsel ihtiyacın tatmini amacıyla gerçekleştirilen eylemleri kapsar. Çocuk cinsel istismarı, yasaların izin vermediği her türlü cinsel ilişkiye zorlama ve teşvik etmeyi, fuhuş ya da diğer yasadışı uygulamalarla sömürmeyi ve pornografiyi kapsamaktadır.⁵ Ancak literatürde daha geniş bir kapsamda cinsel istismar oral, anal, vajinal ilişkiyi; mağdurun genital bölgesine dokunmayı kapsarken, sözel tahriki, teşhirciliği ya da bir çocuğun cinsel ilişkiye tanık olmasını da kapsamaktadır.² Birçok tanımda çocuk ve istismarcı arasındaki güç farklılığına ve istismarcının niyetine vurgu yapılmaktadır.

Çocuğa yönelik cinsel istismar günümüzde önemli bir sorun olmak birlikte yeni bir olgu değildir. 4000 yılı aşkın bir süredir enest bir tabu olarak vardır ve babasından hamile olan bir kız çocuğundan bahseden Babil Hamurabi Kanunları ise ilk kayıtlar olarak kabul edilmektedir.⁶ Çeşitli medeniyetlerde; Peru, Mısır ve Japonya gibi, kraliyet ailesinin saflığını korumak amacıyla eneste müsaade edildiği bilinmektedir.⁷

Çocuğa yönelik cinsel istismar tarihi uzun bir geçmişe sahip olsa da bir halk sağlığı sorunu ve çocuk istismarı çerçevesinde değerlendirilmesi 1970'lerde başlamıştır. Daha önceleri nadiren bildirilen vakalar, özellikle kadın hareketinin yükselişi ile yetişkin kadınların çocukluk döneminde yaşadıkları istismarları ifşa etmeleri ile çocuğa yönelik cinsel istismar, çocuk istismarı olarak değerlendirilmeye başlanmıştır.⁶

Çocuğa yönelik cinsel istismarda risk faktörleri dört kategoride incelenebilir. Demografik risk faktörleri (genç ebeveynler, ebeveyn kaybı), ailesel risk faktörleri (ebeveyn sosyopatisi, negatif yaşam deneyimleri, üvey baba, sert cezalar vb.), ebeveynlerle ilgili risk faktörleri istenmeyen gebelikler, son olarak da çocukla ilgili risk faktörleri arasında cinsiyet (kız çocukları) ve engellilik durumu sayılabilir. Bu risk faktörlerinden biri ya da birkaçı bir arada bulunduğu çocuğun cinsel istismara maruz kalma ihtimali artmaktadır.⁸ Çeşitli raporlar ve kaynaklar çocukta bulunan görme-işitme kaybını, bedensel ya da zihinsel engelli oluşu, şizofreni, dürtü denetim bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıklarının bulunmasını çocukların kurum bakıma bağımlılığını, kırılabilirliklerini, iletişim güçlüklerini artırdığı ve içinde bulunduğu durumu değerlendirmede güçlüklerle sebep olmasından dolayı istismar riskini artırdığını göstermektedir.⁹⁻¹¹ Gelir durumu, eğitim durumu ve mesleki statü gibi sosyal göstergelerin cinsel istismarda belirleyici bir rol oynadığına yönelik yaygın inanca karşın, epidemiyolojik araştırmalar bu tezi desteklemez. Fiziksel ihmal ve istismarda belirleyici bir rol oynamasına karşın, sosyo ekonomik göstergeler cinsel istismarda etkide bulunduğunu gösteren kanıt bulunmamaktadır. Her sosyal statüde, çocuklar cinsel istismara maruz kalabilmektedir.^{10,12}

Çocuğa yönelik cinsel istismarın etkilerine bakıldığında öncelikle psikososyal sorunlara neden olduğu söylenebilir. Cinsel istismar

çocukta uyku ve yeme bozukluklarına, içe kapanma, depresyon, akranlardan izole olma, rastgele cinsel ilişkide bulunma, uyum sorunları ve travma sonrası stres bozukluklarına neden olabilir.¹³ 2003 yılında yayınlanan cinsel istismar bildirimde bulunmuş ve bulunmamış çocukların karşılaştırıldığı çalışmaya göre, istismar geçmişi bulunan çocukların bulunmayanlara göre anksiyete ve depresyon tanısı, kendine zarar verme davranışı ile somatizasyon ve saldırganlık puanları daha yüksek bulunmuştur.¹⁴ Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda kâbuslar, fobiler, bedensel yakınmalar, dikkat eksiliği ve hiperaktivite, amnezi, aşırı fantezi kurma, uyurgezerlik, benlik saygısında düşüş görüldüğü çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur. Ayrıca sosyal ilişkilerinde zayıflık ve cinsel saldırıda bulunma ihtimali daha yüksek bulunmuştur.⁴ Cinsel istismara maruz kalan çocuklar, kontrol gurubuyla değerlendirildiğinde daha fazla cinsel davranışlar sergilediği çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur.¹⁰ Türkiye’de yapılan bir araştırmanın sonucu çocukluk döneminde cinsel istismar bildirim yapanların intihar düşünce ve girişimleri, cinsel istismar bildirim yapmayanlara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.¹⁵ Ancak cinsel istismara maruz kalan bütün çocukların ciddi psikiyatrik sekelleri yoktur. Cinsel istismara uğramış çocukların %40’ına yakını, ya çok az semptom göstermiş ya da hiç göstermemiştir. Bunun nedenleri arasında daha hafif bir istismara maruz kalması, kendileri daha çabuk toparlayabilmeleri ya da streslerini maskalayabilecekleri bir baş etme stiline sahip olmaları sayılabilir. Ancak bazı boylamsal araştırmalar semptom göstermeyen çocukların %10-20’sinin gelecek 12-18 ayda uyuyan etkilerin (sleeper effects) ortaya çıkacağını göstermektedir.¹⁰

Çocuğa yönelik cinsel şiddet vakaları günümüzde hızla artmıştır. Alanda yapılan retrospektif araştırmalar durumun ciddiyetini göstermektedir. Ancak konunun hassasiyeti ve çocukların mahremiyeti düşünüldüğünde elde edilen veriler tartışmaya açıktır. Ayrıca ailelerden ve mağdurlardan gelen sorunun gizli

tutulmasına yönelik eğilim gerçek istatistiklere ulaşılmasını zorlaştırmaktadır. Gün yüzünü çıkan vakaların, tüm vakaların sadece %5-10 arasında olduğu ifade edilmektedir.¹⁶ Bunun yanında cinsel istismarın tanımındaki farklılıklar, araştırma deseni ve veri toplama yöntemindeki farklılıklar elde edilen bilgilerin değişiklik göstermesine neden olmaktadır, bunun sonucu olarak da bölgelere ve sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırmayı zorlaştırmaktadır.^{2,6 17}

Bu alanda yapılan araştırmalara bakıldığında, genel olarak her 4 kız çocuktan ve her 10 erkek çocuktan birinin çocukluk döneminde cinsel istismar deneyimi yaşadığı ifade edilmektedir.^{12,18} İstatistikler kız çocuklarının, erkek çocuklara göre 2,5-3 kat daha fazla risk altında olduğunu göstermektedir.¹⁰ Bazı araştırmalar bu farkı 1,5-3 kat arasında olduğunu ifade etmektedir.¹⁹ 21 farklı ülkedeki yaklaşık iki düzine araştırmanın sentezlendiği çalışmanın sonuçları göre, çocuk cinsel istismarı kızlarda en az %7, erkeklerde en az %3 olarak bulunmuştur. Bu oran bazı ülkeler için erkeklerde %29, kız çocuklarında %36 seviyelerine kadar yükselebilmektedir.¹⁹ Pereda ve arkadaşları (2009) tarafından 21 ülkeyi ve 38 bilimsel yayını sentezleyen çalışmalarına göre çocuğa yönelik cinsel istismar prevalansı kadınlar için %0-53 ve erkekler için %0-60 aralığında değişmektedir. Stoltenborgh ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan ve 1982 ve 2008 yılları arasında yapılan 331 çalışmayı içeren analizlerinde ise çocuğa yönelik cinsel istismar prevalansını Dünyada %11,8 olarak tahmin etmektedirler. Erkekler için bu oran %7,6 seviyelerine inerken, kız çocuklarında %18 seviyelerine yükselmektedir. En düşük prevalans Asya ülkelerinde olurken, en yüksek Avustralya ve Yeni Zelanda’da görülmektedir. Bu farklılığın sebepleri arasında kolektivist ve daha bireyselci kültür anlayışının çocuğa yönelik cinsel istismarın açıklanmasına etkisi olarak görülmektedir. Afrika kıtasındaki çocuğun cinsel istismarı seviyesi yüksek bulunmuştur. Bunun nedenleri arasında ise, bölge kültüründeki yetişkinliğe geçiş

ritüellerinde çocukların ve ergenlerin yetişkinlerle cinsel etkileşimi etkide bulunmaktadır. Öte yandan özellikle Sahra Altı bölgesinde HIV tehlikesi yetişkinlerin HIV olma olasılıkları daha düşük olduklarını düşündüğü, küçük yaştaki partner seçimine yönelttiği, bununda çocuk istismarına kapı açtığı ifade edilmektedir. 2009 yılında yapılan bir başka çalışmada, 22 farklı ülkeden 65 araştırmayı kapsayan analizlerin sonucunda Dünyada kız çocuklarının %19,7'si, erkek çocukların %7,9'u 18 yaş altında cinsel istismara maruz kaldığını göstermektedir. Cinsel istismarın en sık rastlandığı kıta Afrika olurken, en düşük oran Avrupa kıtasında görülmektedir, ancak kıtalar içerisindeki bölgelere ve ülkelere göre farklılıklar bulunmaktadır. Çocuk cinsel istismarı prevalansında en yüksek oran erkek çocuklarında %60,9 ve kız çocuklarında %43,7 ile Güney Afrika'da rastlanmaktadır. En düşük oran ise erkek çocuklarda %0,6 ve kız çocuklarında %0,9 ile Fransa'da olduğu görülmektedir. İkinci en yüksek oran erkek çocukları için %27 oranı ile Ürdün ve onu takip eden ülke %25 ile Tanzanya'dır. Erkek çocuklar için oranlar İsrail'de %25, İspanya'da %13,4, Avusturalya'da %13 ve Kosta Rika'da %12,8'dir. Diğer bütün ülkelerde oran %10'un altında tahmin edilmiştir. Kız çocukları için Avusturalya %37,8, Kosta Rika %32,2, Tanzanya %31, İsrail %30,7, İsveç %28,1, ABD %25,3 ve İsviçre'de %24,2 olarak ölçülmüştür. Yeni Zelanda, İspanya ve İngiltere için kız çocukları cinsel istismar prevalansı %18 seviyelerinde iken, El Salvador, Norveç, Singapur ve Kanada'da yaklaşık %15 seviyelerinde ve Çin'de %10,8 olarak hesaplanmıştır. Diğer bütün ülkelerde 18 yaş altında kız çocuklarının cinsel istismara maruz kalma sıklıkları %10'un altındadır.¹

Türkiye'de yapılan araştırmalarda ise, Zoroğlu ve arkadaşları (2001) tarafından 839 lise öğrencisi ile yapılan bir araştırmada, araştırmaya katılanların %10,7'si çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Türkiye'deki 2006 yılında ilk, okul tabanlı cinsel istismar prevalansının belirlenmesine yönelik

çalışmada, İstanbul'da 9 ve 11. sınıf lise öğrencilerini kapsayan 1871 kız öğrencinin %13,4'ü cinsel istismara maruz kaldığını bildirmiştir. %1,8'nin ensest deneyimi yaşadığı ifade edilmektedir.²¹ 1996-1997 yılları arasında İzmir'de yürütülen bir çalışmada çocuk ihmal ve istismarı alanında başvuranların incelenmesi sonucunda 50 çocuktan 13'ünde (%26) cinsel istismar tespit edilmiştir.²² Eskin ve arkadaşları (2004) tarafından 1262 üniversite öğrencisi ile yapılan araştırmaya göre, katılımcıların %28 çocukluk dönemlerinde en az bir kez cinsel istismara maruz kaldıklarını, en sık rastlanan yöntemde cinsel bölgelere dokunma, cinsel içerikli davranışlara ve cinsel içerikli materyalleri seyretmeye zorlama ile olduğu ortaya konmuştur.¹⁵

Cinsel istismar büyük bir oranda (%77) aile bireyleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Faillerin %11 akraba, %5'i bakımla ilgisi olmayan kişiler ve %2'si çocuğun bakımı ile ilgili olanlardır. Faillerin büyük çoğunluğu orta yaş (20-40) ve erkek üstünlüğü vardır.²³

Çocuğa yönelik cinsel istismar vakalarında müdahale bütüncül ve multidisipliner bir yaklaşım ile yürütülmesi, mağdurun en az zararla olayı atlatması ve mağduriyetinin giderilmesi açısından önem taşımaktadır. Burada ifade edilen bütüncül yaklaşım ile çocuğu, çocuğun ailesini, okulunu ve sosyal çevresini de kapsayan bir planlama ve uygulamayı kapsamaktadır. Multidisipliner yaklaşım ile çocuğun ihtiyaç duyabileceği hizmetleri ve tedavi olanaklarını farklı meslek gruplarının birlikte değerlendirmesi ve böylece geniş perspektiften sorunun ele alınıp çözülmesine imkan sağlaması açısından önemlidir. Ayrıca çocuk cinsel istismarı birçok ülkenin yasalarına göre suç olarak kabul edilmekte ve soruşturmalara konu olmaktadır. Soruşturma ve yargılama sürecinde çocukların tekrarlanan ifade verme süreçleri çocuklara ve ailelerine her defasında yenilenen stres kaynağı olmaktadır. Bu sebeplerden ötürü bütüncül ve multidisipliner yaklaşımı temel alan, ilki ABD'de kurulan Çocuk İzlem Merkezleri ülkemizde de uygulamaya

konmuştur²⁴. 28431 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 2012/20 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde yasal çerçevesi oluşturulan bu merkezlerde, Cumhuriyet Savcılıkları, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu ve Barolar birliği paydaş kurumlarıdır. Bu birimlerde çocuk istismarına farklı meslek grupları ile hızlı müdahale etme ve çocuğun adli süreçte tekrarlanan travmatizasyonun önüne geçilmesi amaçlanmıştır. Bu birimlerde çalışan meslek elemanları; sosyal çalışmacılar, öğretmenler, sağlık çalışanları, din görevlileridir.²⁵

Çocuk İzlem Merkezleri ile birlikte adliyeler, sağlık kuruluşları, çocuk yuvaları vb. birçok resmi kuruluştaki ve sivil toplum örgütünde meslek elemanları çocuğa yönelik cinsel istismar vakaları ile sık karşılaşmaktadır. Bu meslek gruplarında tükenmişlik, şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve dolaylı travmatizasyon görülebilmektedir.²⁶

Bu çalışmanın amacı, çocuğa yönelik cinsel istismar vakaları ile çalışan sosyal çalışmacıların psikososyal etkilenme deneyimlerini incelemektir.

MATERYAL VE METOT

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma, bir problemin veya konunun tanımlanması ve durum ile bağlantılı mekanizmaların, sistemlerin keşfedilmesi gerektiğinde kullanılan, insanı ve ilişkilerini odağı alan bir araştırma sürecidir. Nitel araştırma, pozitivist yaklaşımdan farklı olarak özne merkezlidir ve duruma özgüllüğü temel alan yorumlayıcı sosyal bilim anlayışına dayanmaktadır.^{27,28}

Araştırmanın konusu cinsel istismara uğramış çocuklarla çalışan sosyal çalışmacıların etkilenme deneyimleri olduğu için, bu deneyimlerini kendilerinin ifadeleri ile ortaya konmasının, araştırılan konuyu daha net ortaya koyacağı düşünülmüştür.

Veriler araştırmacı tarafından, araştırmanın amacına uygun olarak hazırlanmış görüşme formları aracılığıyla toplanmıştır. Görüşmeler mekaniklikten uzak, görüşmecinin kişisel görüş ve duygularının kökenlerine inmesini sağlayan

yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Sorular görüşmecileri yönlendirmeyecek şekilde açık uçlu olarak ve kategoriler halinde düzenlenmiştir. Görüşmecilere;

- ✓ Çocuğa yönelik cinsel şiddet vakalarıyla çalışmak sizi nasıl etkiliyor?
- ✓ Bu vakaların aile yaşamınızı nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?

- ✓ Çocuğa yönelik cinsel şiddet vakalarıyla çalışmak çocuğunuzla olan ilişkinizi nasıl etkiledi?
- ✓ Çocuğa yönelik cinsel istismar vakaları ile çalışmanın çocuğunuza (ya da çevrenizdeki çocuklara) etkileri ne yönde oldu?
- ✓ Bu alanda çalışmak sosyal hayatınızda nasıl bir etkide bulundu?
- ✓ Ne tür sağaltım teknikleri kullanıyorsunuz?

gibi sorular ile görüşmecilerin verdikleri yanıtlar doğrultusunda anlatılanları ayrıntılamaya yönelik devam soruları sorulmuştur.

Yapılan görüşmeler, görüşmeden önce alınan randevular aracılığı ile sosyal çalışmacıların çalışma ortamlarında ve üye oldukları derneklerde, ortalama 40-45 dakika arasında gerçekleştirilmiştir. Görüşmecilere araştırma hakkında bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır. Sorular önceden belirli bir düzen içerisinde hazırlanmış olsa da görüşmenin akışına göre soruların sorulmasında esneklik sağlanmıştır. Sosyal çalışmacılar ile yapılmış olan görüşmelerde imkânlar ölçüsünde ve bilgilendirilmiş onamla birlikte 17 sosyal çalışmacı ile yapılan görüşmeler ses kaydına alınmış, ses kaydı alınmasının mümkün olmadığı durumlarda ise rapor tutulmuş ve 6 görüşme not alınmıştır. Görüşmeler sonucunda elde edilen bilgiler görüşme bitimini takiben ivedilikle raporlaştırılmıştır.

Bu görüşmelerin tam metin dökümleri yapılarak ve araştırmanın amacına uygun kategoriler oluşturulmuştur.

Bu araştırmada betimsel analiz yöntemi kullanılmıştır. Betimsel analiz yönteminde elde edilen veriler önceden belirlenen temalara göre özetlenerek analiz edilmekte ve yorumlanmaktadır.²⁹

Görüşmeler Nisan-Mayıs 2014 tarihlerinde Ankara'da yapılmıştır. Görüşmeler 26 sosyal çalışmacı ile yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Ancak 3 sosyal çalışmacının cevapları araştırmanın amacı doğrultusunda kullanılmayacağı için araştırmacı tarafından araştırmaya dahil edilmemiştir, geri kalan 23 görüşme (14 kadın, 9 erkek) araştırmaya dahil edilmiştir. Analizlerde kişilerin isimleri gizliliğe riayet edilerek araştırmacı tarafından kodlanmıştır. Her görüşmeciye görüşmeci numarası ve cinsiyetini ifade eden kısaltmalar

kullanılmıştır. Örneğin kadın bir görüşmeciye G08 ismi verilmiş ve cinsiyetinin kadın olduğunu ifade eden K harfi kullanılmıştır, analizlerde (G08-K) şeklinde ifade edilmiştir.

Çalışmada öne çıkan temalar ise şu şelildedir;

1. Kişisel etkilenme deyimleri

- Çalışma ilkelerinin kendi çocuğuna yansıtılması ve kendi çocuğu ile ilişkileri

2. Aile yaşamına etkileri

- Akrabaların/yakınların çocuğu ile ilişkilerine bakış açısında değişim

3. Sosyal yaşama etkisi

- Çevredeki çocuklara artan farkındalık

4. Başetme becerileri

- Bilimsel bilgi ve literatür taraması
- Mesleki dayanışma

5. Öneriler

BULGULAR VE TARTIŞMA

1. Kişisel Etkilenme Deneyimleri

Çocuğun cinsel yönden istismar edilmesi travmatik ve örselleyici bir aktivitedir. Çocuğun istismarı yaşadığı andan itibaren uzunca bir döneme yayılan zararlı etkileri vardır. Bununla birlikte travmatik olaylar sadece maruz kalan bireyleri değil, bunlara tanık olan veya bunlar hakkında çeşitli kanallardan bilgi alan bireyleri de benzer şekilde etkileyebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında da travma mağdurları ile sık sık karşı karşıya kalan meslek elemanlarının da dolaylı etkilenme deneyimi yaşamaları muhtemeldir.³⁰

Çocuk koruma servislerinde çalışan sosyal çalışmacıların, travmatik ve acı verici durumlarla karşılaşmaları sıklıkla rastlanan bir durumdur. Bu gibi durumların süreleri ve şiddeti sosyal çalışmacıların çalışma veriminde düşüşe, iş görme kapasitelerinde azalmaya, moral açıdan zayıflamaya neden olduğu bilinmektedir.³¹ Sosyal çalışmacılara cinsel istismara maruz kalmış çocuklarla çalışma sürecinizle birlikte, kendilerini nasıl etkilediği sorulduğunda büyük bir enerji ve

motivasyon kaybı yaşadıklarından bahsetmişlerdir;

“...bu tarz yerlerde çok uzun çalışmak bir yandan da siz farkında olmasanız da psikolojinizi etkiler. Ki benim ailem buradan gittiğimde hep şey söylüyorlar ‘ sen eskiden çok neşeliydin şimdi geliyorsun suratın düşük, hiçbir şey yapmak istemiyorsun’ diyorlar. Burası enerjinizi öyle bir emiyor ki eve gidince bir an önce kendi kendinize kalmak, uyumak istiyorsunuz.” (G14-K)

“...çocukların başına gelen kötü olaylar bi müddet sonra yavaş yavaş genel hayata bakışınızı, insanlara bakışınızı etkiliyo. Daha güvensiz oluyosunuz. ... Mesela bende kaygı bozukluğuna neden oldu. Ya hep böyle kötü bi şeyler mi olacak, kalp çarpıntısı, sıkıntı bunlara neden oldu.” (G08-K)

“Mesleki anlamda yeterince doyuma ulaşmamama neden oldu. Kendimi sorguladığım dönemler çok oldu.”(G10-K)

Cinsel istismar deneyimi yaşamış müracaatçılarla çalışan meslek grupları genelde inkar, öfke, keder ve depresyon

deneyimlenmektedir.³² Ayrıca travmatik vakalarla sık karşılaşan meslek gruplarında tükenmişlik önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanında travmatik deneyimler psikolojik rahatsızlıklara, yaşam ve mesleki doyumunda düşüşe sebep olabilmekte.

Birinci ve arkadaşları (2016) tarafından aralarında sosyal çalışmacılarında olduğu 160 yardım çalışanı ile yapılan çalışmada tükenmişlik, duygusal duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissinde düşüş olduğu ve bu alanda çalışan meslek elemanlarının risk altında olduğu ifade edilmiştir.

Araştırmada ortaya çıkan bir diğer önemli veri ise meslek elemanlarının çalışma koşullarını ve streslerini çocuklarına nasıl yansıttıkları ve ilişkilerinde nasıl bir değişim olduğu yönündeki temada işlenecektir.

1.1. Çalışma İlkelerinin Kendi Çocuğuna Yansıtılması Ve Kendi Çocuğuna İlişkileri

Sosyal çalışmacılara çocuğa yönelik cinsel istismar vakaları ile çalışmaya başladıktan sonra, özellikle çocuğunuzla olan ilişkinizde nasıl bir değişim olduğu sorulduğunda; günlük hayatta çok sık karşılaşılmayan bu tür tehlikelere karşı farkındalığın arttığını, bunun sonucu olarak da özellikle çocukları ve onun ilişkilerine bakış açılarında değişimler olduğundan bahsetmişlerdir. Daha korumacı ve tedirgin oldukları ifade etmişlerdir. Bazı sosyal çalışmacılar çocuğun diğer ebeveyn tarafından gösterilen ilginin sorgulandığını ve zaman zaman daha fazla dikkat ettiklerinden bahsetmişlerdir.

“Aslında ben olur mu diye hep merak ediyordum. Eşimin yaklaşımını gözlemliyordum.”(G05-K)

“Ne yazık ki evet. Çünkü bir kız çocuğu annesiyim ve kızımın babasının hiç bir şekilde tabi bunu kendisine de gerekçeleriyle anlattıktan sonra hiç bir şekilde babasının kucağına oturmasına izin vermedim. Halen de izin vermem. Bir yabancıнын veya amcası olsun dayısı olsun hiç bi şekilde kucağına dahi oturmasına müsaade etmem.”(G11-K)

“Evet bir dönem tabi ki. Yani ağır bir çalışma alanı onun yaratmış olduğu psikolojik etkilenmeyi yansıtıyorum. Bir dönem çok uzun sürmese de bir paranoya gelişti.”(G13-E)

Çolak ve arkadaşlarının (2013) cinsel istismar olguları ile çalışan meslek elemanlarının dolaylı travmativazyonunu inceleyen çalışmalarında da benzer sonuca ulaşılmıştır. Meslek elemanlarının istismar olguları ile çalışmaya başladıktan sonra kendi çocuğuna veya yakınındaki bir çocuğa dış ortamdaki gelebilecek tehlikelere karşı daha duyarlı hale geldikleri ifade edilmiştir.

Travmatik alanlarda sık çalışan meslek elemanlarının aile yaşamına da etkileri olduğu düşünülmektedir. Elde edilen veriler doğrultusunda bu alanda çalışan sosyal çalışmacıların aile yaşamlarında, ebeveynlik rollerinde ve aile sistemindeki değişimlere diğer başlıkta değinilmiştir.

2. Aile Yaşamına Etkileri

İnsan sosyal bir canlıdır ve sosyalleştiği en temel birim ise ailedir. Travmatik olayların aile yaşamı üzerinde etkilerine bakıldığında ise sosyal çalışmacıların bazıları karşılaştıkları çocuğa yönelik cinsel ihmal ve istismar vakalarının aile yaşantılarına etki ettiğini bildirmişlerdir. Yapılan görüşmeler sonunda ise bu etkilerin daha çok çocuk yetiştirme tekniklerini ve çocuğun çevresini yeniden gözden geçirme şeklinde olduğu görülmüştür. Özellikle çocuğa uzaktan ve yakından gelebilecek tehlikelere karşı bazı önlemler ve düzenlemeler yapma ihtiyacını doğurduğu görülmüştür.

“Aile yaşamı şöyle immm çocuğumu bir ergen ile baş başa kapalı bi kapı arkasında bırakmayı tercih etmiyorum. Yani ondan sonra çocuğumu yetiştirirken mesela küçük yaştan itibaren özel bölgeler, hayır diyebilme bunlara biraz daha önem veriyorsunuz. Tanımadığı kişiye asla gitmemesi gerektiğini, tanımadığı kişinin ona yaklaştığı ya da gelmesini istediği zaman ne yapması gerektiğini bunları zaman içerisinde hatırlatıyorsunuz.”(G01-K)

“Çocuğumu yetiştirirken daha temkinli olmama neden oldu. Sosyal çevreye karşı daha temkinli, daha duyarlı oluyosunuz. Kaygı düzeyiniz yüksek oluyo.”(G05-K)

Travmatik vakalarla sıklıkla karşılaşmanın ebeveynlerin, ebeveynlik rollerinde değişime neden olduğu, eğitime ve bilinçlendirmeye daha fazla emek harcadığı ortaya çıkmıştır. Özellikle çalışılan vakalarda çocukların ne tür tehlikelerle karşılaşacağına yönelik farkındalık attıkça bu yönde önlem alma motivasyonu artmaktadır. Bazı durumlarda bu önlemlerin çok sıkı olduğu görülebilmektedir.

“Zaman zaman gereksiz kontrollerim oldu. Daha kontrolcü bi anne oldum ve çocuğumu sık sık uyardım belki gereksiz yere. Herkesi istismarcı gözüyle görmeye başladım.”(G10-K)

“Daha korumacı oldum. Bir şeyi bilmek ile bilmemek arasında çok fark var. Bilmezsen kaygıyı duymazsın ama bilirsen daha kaygılı oluyorsun daha sahiplenici daha korumacı oluyorsun.”(G16-E)

Çocuğa yönelik cinsel istismar vakaları ile çalışan sosyal çalışmacıların özellikle çocuklarını yakın çevresi ve akrabaları ile olan ilişkilerinde bir değişim olup olmadığı araştırılmış ve bu alanda uzun yıllar çalışmanın, meslek elemanlarının kendi çocuklarının akrabaları ve yakın çevresi ile olan ilişkilerini sorgular hale geldikleri ortaya çıkmıştır. Bu sorgulamanın sonucunda da bazı önlemler aldıkları görülmüştür. Bir sonraki temada çocuklarının akrabaları ve yakın çevreleri ile olan ilişkilerine bakış açısında nasıl bir değişim ortaya çıktığı incelenecektir.

2.1. Akrabaların/Yakınların Çocuğu İle İlişkilerine Bakış Açısında Değişim

Çocuğa yönelik cinsel istismar daha çok yakın çevreden ve çocuğun tanıdığı kişiler tarafından yapılmaktadır. Cinsel istismar büyük bir oranda (%77) aile bireyleri tarafından gerçekleştirilmekte ve faillerin %11'i mağdurların akrabaları olduğu bilinmektedir.²³ Mağdur çocuklara psikososyal destek hizmeti veren sosyal

çalışmacıların tehlikenin yakınlardan geldiğinin bilinmesi, kendi çocuğu ile yakın çevresi ve akrabaları ile olan ilişkilerini yeniden gözden geçirmelerine, önlem almaya ve endişe duymalarına neden olmaktadır.

“Gözlem yapıyorum. Daha titiz davranıyorum.”(G02-K)

“Ya aslında immm benim iki kızım var. Biraz özele gircek ama (gülerek) benim normalde köy bağlantım var. Mesela ben yaz tatillerinde çocuklar şehir hayatından farklı bi yer görsün diye çocukları köye götürmek için eşimi ikna etmeye çalışıyodum. Ama son 4 yılda fikirlerim çok değişti. Güven sorunun çok oluştu. Çocuklar sürekli gözümün önünde olsun istiyorum. Parkta bile kontrol ediyorum.”(G09-K)

“Daha dikkatli oluyosun, irdeliyorsun. Dokunmasında farklı bi amaç var mı? Çok seviyosa neden bu kadar çok seviyo? diye düşünüyorsun.”(G09-K)

“Daha kontrolcü ve sorgulayıcı olmaya başladım.”(G10-K)

Yapılan araştırmalarda bu endişeleri destekler niteliktedir. Cinsel istismar vakalarına yardım sağlayan meslek gruplarında, bu alanda çalışmaya başladıktan sonra, çocuklarının arkadaş, komşu ve akrabalarında kalmasından rahatsız olma durumu ile yakın akrabalar ve tanıdıklar tarafından öpülmesinden rahatsız olma durumlarında anlamlı derecede artış olduğu ifade edilmektedir.²⁶ Aşırı stresli durumlar yaşayan insanların, benzer durumların çevresindekilerin başına geleceği endişesi yaşamaları olağandır. Aynı şekilde travmaya maruz kalmış çocuklarla çalışan acil hemşireleri, polis, itfaiyeci gibi meslek gruplarında da kendi çocuklarına ya da yakınlarının çocuklarına karşı kırılabilirlik ve güvensizlik duyguları arttığı bildirilmiş, bunun sonucu olarak da çocuklarını daha fazla gözetim altına aldıkları ve onları korumaya yönelik girişimlerini artırdıkları görülmüştür.³³

Çocuklarda örseleyici durumlarla sürekli yüz yüze gelen meslek elamanlarının sosyal yaşamlarında da bu örselenmelerin etkileri

olduğu ortaya çıkmıştır. Sosyal çalışmacıların çocuk cinsel istismarı vakalarının sosyal yaşamlarına etkisi sonraki başlıkta incelenmiştir.

3. Sosyal Yaşama Etkisi

Mesleki yaşamında cinsel istismara maruz kalan çocuk vakaları ile çalışan sosyal çalışmacılarda, sosyal hayatındaki bireylerin davranışlarına yönelik algılamalarında değişimler yaşaması muhtemeldir. Bunların en belirgin sebepleri olarak ise yoğun iş yükü, stres, duygusal ve sosyal desteğin az olması düşünülebilir. Bu gibi etkenler sosyal çalışmacıların iş dışındaki vakitlerinde de mesleki etkilerin davranışlarını etkilediğini göstermiş ve bazı sosyal çalışmacılar şüpheli ve sorgulayıcı tutumlarında artış olduğunu ifade etmişlerdir.

“Dışarıda bi çocuk görsem, abartılı cinsel davranışlarını fark etsem hemen aklıma geliyor, acaba bu çocukta da istismar mağduru mudur diyorum. Ya da karşılaştığım vakalarda bunun altında da cinsel istismar var mıdır diye sorgular oldum.”(G06-K)

“Çocukların çevreleriyle olan ilişkilerinde daha fazla gözlemci oldum. Çevresindeki insanlar acaba istismarcı mı diye daha çok bakmaya başladım.”(G10-K)

“Farkındalık aslında oluyo evet. Siz daha iyi bi gözlemci oluyosunuz. Ayırıcı özellikleri fark ediyosunuz.”(G09-K)

“Çevremdeki çocuklara, kendi yeğenlerime, burada çalışan arkadaşlarımızın çocuklarına bakış açım değişti. Alışveriş merkezinde bile çocuk gördüğümde artık daha farklı bir gözle bakıyorum.”(G19-K)

Mesleki tecrübenin ve çalışma ilkelerinin insanların davranışlarını etkilemesi sonucunda sosyal hayatlarında karşılaştıkları çocukları daha ayrıntılı inceledikleri, özellikle istismar belirtilerini çocuklarda araştırdıkları ortaya çıkmıştır.

Psikolojik ve sosyal açıdan ağır yükler getiren çocuğa yönelik cinsel istismar vakaları başatme ve sağaltım konusuna da

dikkat çekilmelidir. Sosyal çalışmacıları bu alanlarda çalışırken hangi girişimlerin daha güçlü kıldığına bakılması hem diğer meslek elemanları hem de yetişmekte olan sosyal hizmet öğrencilerine tavsiye niteliğinde olacaktır.

4. Başatme Becerileri

İş yükü ve yoğun travmatik vakalar birleşince meslek elemanlarının tükenmişlik ve ikincil travma yaşama deneyimleri birbirini tetiklemektedir. Ayrıca travmatik vakaların çocuklar gibi incinebilir gruplarla birlikte karşı karşıya kalındığında psikolojik, sosyal ve ilişkisel etkilerinin şiddeti artmaktadır. Bu etkilerle baş edebilmenin en temel araçlarında birisi kuşkusuz eğitim ve bilimsel bilgidir. Altekin’in (2014) çalışmasına göre lisansüstü eğitimler ve bunun yanında özel travmaya yönelik eğitimlerin alınması travmatik etkilerle profesyonel arasında koruyucu bir mekanizma oluşturmaktadır. Eğitimin travmatik olayların yıkıcı etkilerini hafiflettiği, meslek elemanlarının kaygılarını azalmanda yardımcı olduğu ve terapötik ve pratik becerileri geliştirdiği, bununda meslek elemanlarının baş etme kapasitelerine pozitif etkide bulunduğu belirtilmiştir.

Sosyal çalışmacılar travmatik müracaatçılarla uygulama yaparken kendilerini koruyan en temel faktörlerden birisinin bilimsel bilgi yelpazesinin geniş olması olduğu ifade etmişlerdir. Bu çabaların kendilerini koruma açısından önemine vurgu yapmışlardır.

“Elbette mümkün olduğunca onları (bilimsel yayın) takip etmeye çalışıyorum. Çünkü bu konu tekrarı affetmeyen bi konu. Kendinizi geliştirmeniz gerekiyor ve her vakada farklı bi unsur göze çarpar ve her vaka kendine özgü. O yüzden sürekli elimden geldiğince okumaya çalışıyorum.”(G11-K)

“Evet yaparım. Makaleler istismarla ilgili. Burası zaten eğitim hastanesi olduğu için burda sürekli öyle şeyler vardır zaten. Eğitim saatlerimiz vardır, seminerler vardır, makale saatlerimiz vardır. Ben zaten o şeyin içindeyim çok özel bi çaba göstermem

gerekmiyo. Her yerde kitaplar, makaleler elinizin altındadır.”(G08-K)

Güncel bilgilerin ve uygulama tekniklerinin sosyal çalışmacılara uygulamalarında yeni araçlar sağlaması açısından önemi ortaya konmuştur. Ayrıca tekniklerin fazlalığı müracaatçının iyilik haline katkıda bulunmak amacıyla farklı teknik ve becerilerin bilinmesi vakalara terapötik yardımı kolaylaştırmaktadır. Uygulamada zenginlik müracaatçıları daha özgür ve özgüvenli hissetmelerine neden olurken, profesyonelin üzerinde olumsuz etki bırakmasının önlenmesine hizmet etmektedir.

Trippany ve arkadaşları (2004) travma mağdurları ile çalışanların, zorlu vakalarla başa çıkabilmelerinde eğitimin vazgeçilmez olduğundan bahsetmekte ve bazı araştırmaların travma mağdurları ile çalışan meslek elemanlarında eğitimin, travma sonrası stres bozukluğu semptomlarını azaltmada yardımcı olduğunu gösteren sonuçları olduğunu ifade etmektedir.

Meslek elemanlarının kendini koruma stratejilerinde bir diğeri ise sağaltım olarak karşımıza çıkmaktadır. Sonraki başlıkta sosyal çalışmacıların sağaltımda başvurdukları yöntemler incelenecektir.

4.1.Sağaltım- Mesleki Dayanışma

Sosyal çalışmacılara vakalardan kaynaklanan tükenmişlik, ikincil travma ve psikolojik sorunlar nasıl başettikleri, kiminle paylaştıkları sorulduğunda, gizlilik ilkesine dikkat ederek daha çok meslektaşları ile paylaşımında bulduklarından bahsetmişlerdir.

“Genelde meslektaşlarımla konuşuyorum.”(G02-K)

“Profesyonel yardım almıyoruz. Daha çok meslektaş dayanışması var. Meslek arkadaşlarımızla konuşuyoruz, rahatlıyoruz.”(G09-K)

“Yani sizinle aynı şeyleri yaşayan, gören arkadaşlarımla paylaşarak başa çıkabildim. Bu ortamdaki arkadaşlarımla yani. Çünkü tok açın halinden anlamaz varya öyle yani. Evde eşinize anlatsanız bir yere kadar.

Çünkü büyütüyorsun diyebilir veya çok farklı bir tepki verebilir. Ama bunlarla çalışan insan bi şekilde sizi rahatlatılabilir.”(G14-K)

“Diğer sosyal hizmet uzmanlarıyla görüşerek, konuşarak başa çıkmaya çalışıyorum.”(G18-K)

“Ben arkadaşlarımla vakaları paylaşmayı seviyorum. Daha çok rahatlıyorum. Böylece yeni bakış açıları geliştireyorum.”(G09-K)

Meslek elemanları ve süpervizörler ile vakalar hakkında paylaşımlarda bulunulması travmatik etkileri azaltıcı role sahiptir. Bu destek mekanizmaları ile travmatik deneyimlerin normalleşmesi sağlanır ve dolaylı travmatizasyonun etkisini hafifletmektedir.³⁵

4.2. Kişisel Sağaltım Teknikleri

Sosyal çalışmacılarımız psikolojik olarak olumsuz yönde etkilendiklerinde kişisel sağaltım tekniklerini uygulayabilmektedirler. Bu şekilde kendilerini rahatlatılabilmekte, duygusal yorgunluktan kurtulabilmektedirler. Sosyal çalışmacılarımızın önemli bir kısmı iş dışı hobilerle uğraşmakta ve kendilerini farklı alanlara yöneltmektedirler. Yürüyüş yapmak, spor yapmak, kurslara katılmak onların bu alandan uzaklaşmasına yardımcı olabilmektedir;

“Yani ben daha çok sporla ilgileniyorum. Hala bu yaşta atletizm müsabakalarına katılırım...”(G04-E)

“Valla geçenlerde boncuk falan aldım onlarla uğraşım diye. İnsan bir şeyler istiyor yani. Mesela burada atölyemiz var atölye de seramik faaliyetleri falan var onlarla uğraşmak istiyorsun ama işin içinde insan olsun istemiyorsun.”(G14-K)

Çalışanların iş, oyun ve dinlenme arasında dengeyi sağladıkları, travmatik etkilenmenin etkisini azaltabilmektedir. Bu faaliyetler içerisinde aile ya da arkadaşlarla sosyalleşmeyi, yaratıcı faaliyetlerde bulunmayı, fiziksel olarak aktivitelerde bulunmayı kapsamaktadır. Bu tür faaliyetlere katılım kişisel kimlik yapısının korunmasına yardımcı olmakta, ayrıca restore edici etkileri sayesinde dinlenme ve boş zaman aktiviteleri

travmadan etkilerini azaltmada önemli role sahiptir. Diğer taraftan günlük tutmak, kişisel danışma, meditasyon, duygusal destek alma gibi faaliyetler kişilerin hoşgörü düzeyini artıran ve duyguların yeniden düzenlenmesini sağlaması açısından katkı sağlayıcıdır.³⁵

Son olarak, çocuk refahı alanında, cinsel istismara maruz kalmış çocuklarla çalışan sosyal çalışmacıların bu alanda çalışmak isteyen meslek elemanlarına ve yetişmekte olan sosyal hizmet öğrencilerine önerilerini içeren başlık incelenecektir.

5. Öneriler

Sosyal hizmet insana yardım eden ve sorunlarını mikro, mezzo ve makro boyutta ele alan bir meslek olarak bütüncül olarak sorunları ele almakta, çözümler ve hizmetler geliştiren bir bilim ve meslektir. Sosyal hizmet alanı konusu insan olması itibari ile toplumun sorunları ve birçok insanın görmek ve hatta duymak istemediği vakalarla çalışmayı içermektedir. Sosyal hizmet alanında çalışan meslek elemanlarının ve yetişmekte olan öğrencilerin kendilerini tanımaları, kendine yardım yöntem ve mekanizmalarını, güçlü ve zayıf yönlerini bilmeleri önerilmektedir.

“...Bu alana gönüllü olanların gelmesi gerekir. Zoraki gelmemeleri lazım...” (G09-K)

“Profesyonelce yani ne kadar profesyonelce desekte onu çok iyi tanımlamak lazım yani sonuçta insan kendi duygularıyla birlikte yaşayan bir varlık. Öyle olduğu içinde yani kendi duygularıyla baş etmeyi öğrenmesi gerekiyor. Önce bu alanda gerçekten çalışabilir miyim sorusunu cevaplandırması gerekiyor. Yani tamam biz her anlamda müracaatçımıza danışmanlık ve destek sağlıyoruz ama bu alan gerçekten farklı bir alan orda öncelikle kişinin kendisini tanıması, bu olaylara karşı kendisini bir değerlendirip ona göre karar vermesi gerekiyor. Ama şey değil evet ben bu işi yaparım demek bazen olmuyor...”(G13-E)

“Öncelikle kendi kişiklerinde bence pek çok sorunları halletmeleri gerekiyor. Özgüveni, mesleğin etik kurallarını bilmeyi, sabretmeyi gerektiriyor. İşin sırrı sevmek ve sabır. Paylaşımından hoşlanmaları gerekiyor.”(G05-K)

Sosyal çalışmacılar çocuk refahı alanında çalışacaklar için öncelikle zor bir alan olduğunu uyarısında bulunmakta ve bu alanda çalışmak için içsel motivasyona ihtiyaç duyulduğuna vurgu yapmaktadırlar. Meslek elemanlarının kendilerini tanımaları ve sınırlarını bilmeleri bu alanda çalışmada onlara rehberlik edecektir şeklinde ortaya konmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Cinsel istismar günümüzün önemli halk sağlığı sorunlarından bir tanesidir. Birçok çocuk cinsel istismara maruz kalırken, sonuçları uzun dönemde devam etmektedir. Çocuğa yönelik cinsel istismar konusunda literatürde birçok çalışma vardır. Özellikle çocukluk dönemi cinsel istismar sıklığı araştıran çalışmalar mevcuttur, ancak sonuçları araştırma deseni, örneklem seçimi, kullanılan araçların farklılaşması sebebiyle birbirinden farklı sonuçlara ulaşabilmektedir. Ayrıca konunun toplum nezdinde örseleyici ve etiketleyici sonuçlarından ötürü birçok mağdur ve yakını gizleme eğilimindedir, bu da kesin rakamlara ulaşmayı zorlaştırmaktadır. Alanyazında çocuğa

yönelik cinsel istismarın çok boyutlu bir sorun olduğu ve bu sorunla mücadelede disiplinlerarası bir ekip çalışmasının elzem olduğu vurgulanmaktadır. Ülkemizde de 2010 yılından bu yana uygulanan Çocuk İzlem Merkezleri başta olmak üzere, Aile ve sosyal politikalar bakanlığına bağlı hizmet veren kuruluşlar, güvenlik merkezleri, cezaevleri, okul ve sivil toplum örgütleri gibi birçok farklı kurum ve kuruluşta cinsel istismara maruz kalmış çocuklarla, profesyonel uygulamalar yürütmektedir. Bu ağır travmatik vakalarla çalışan meslek elemanlarının etkilenmemesi düşünülemez. Bu çalışmada da çeşitli kuruluşlarda çocuğa yönelik cinsel istismar müdahale ekip

üyelerinden sosyal çalışmacıların psikososyal etkilenme deneyimleri araştırılmıştır. Araştırma bulguları kişisel etkilenme deneyimleri, aile ilişkilerine etkileri, kendi ya da yakınının çocukları ile olan ilişkilerine etkileri, sosyal hayata etkileri ve başatme yöntemleri başlıklarında incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre çocuğa yönelik cinsel istismar vakaları ile çalışan sosyal çalışmacılarda tükenmişlik, ikincil travmatik bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri sıklıkla ifade edilmiştir. Bu alanda çalışmaya başlamaları ile eşleri ve çocukları ile olan ilişkilerinde daha şüpheli ve korumacı oldukları, çocuklarının yakın çevre ve akrabaları ile olan ilişkilerini daha yoğun şekilde gözlemledikleri görülmüştür. Sosyal çalışmacıların meslektaşlarına ve yetişmekte olan sosyal hizmet öğrencilerine önerileri

sorulduğunda ise vakaların psikolojik yükünün ağır olduğundan, kişisel sınırların ve yapabilirliklerin bilinmesinin, bu alan için önemli olduğundan bahsedilmiştir. Bu alanda çalışmada mesleki dayanışma ve eğitimin, vakaların travmatik etkilerinden kurtulma yönünde pozitif etkileri olduğu da vurgulanmıştır.

Bu alanda çalışan meslek elemanlarının vakaların travmatik etkileri göz önüne alındığında, kurumların kendi bünyelerinde mesleki eğitimi yaygınlaştırması ve teşvik edilmesi yönünde çabaları yoğunlaştırılmalıdır. Yıpranma tazminatı, kurum ve alan değişiminde öncelik gibi özlük haklarına yönelik düzenlemeler çabalar konusunda savunuculuk faaliyetleri yürütülebilir.

KAYNAKLAR

1. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical psychology review* 2009; 29(4): 328-38.
2. Naszydłowska K, Kossak D. Sexual Abuse In Childhood-Outcomes And Psychological Help. *Acta Neuropsychologica* 2016; 14(2).
3. Kurtay D, Özkok S, Barlık A, Yatağan M, Kurtay A, Akman E. Çocuk İhmal ve İstismarına Multidisipliner Yaklaşım ve Çocuk ve Gençlik Merkezi Çalışması. Aydın, İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü 2004.
4. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk istismarı ve ihmal. *Dicle Tıp Dergisi* 2007; 34(1): 70-4.
5. Organization WH. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva. 1999.
6. Danya G. Child Sexual Abuse. In: Rutter MTE, ed. *Child Abuse And Adolescent Psychiatry*. 4nd ed: Blackwell Publishing Company; 2002: 340-58.
7. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009; 1(2).
8. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child abuse & neglect* 1998; 22(11): 1065-78.
9. Alpaslan AH. Çocukluk Döneminde Cinsel İstismar. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2014; 15(2).
10. Putnam FW. Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2003; 42(3): 269-78.
11. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kora ME, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(2): 69-78.
12. Finkelhor D. Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child abuse & neglect* 1993; 17(1): 67-70.
13. Livingston R. Sexually and physically abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1987; 26(3): 413-5.
14. Walrath C, Ybarra M, Holden EW, Liao Q, Santiago R, Leaf P. Children with reported histories of sexual abuse: utilizing multiple perspectives to understand clinical and psychosocial profiles. *Child abuse & neglect* 2003; 27(5): 509-24.
15. Eskin M, Kaynak-Demir H, Demir S. Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. *Archives of sexual behavior* 2005; 34(2): 185-95.
16. Çeçen AR. Çocuk cinsel istismarı: Sıklığı, etkileri ve okul temelli önleme yolları. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2007; 1: 1-17.
17. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child abuse & neglect* 2009; 33(6): 331-42.
18. Dubowitz H. Preventing child neglect and physical abuse: a role for pediatricians. *Pediatrics in review/American Academy of Pediatrics* 2002; 23(6): 191-6.
19. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child abuse & neglect* 1994; 18(5): 409-17.
20. Stoltenborgh M, Van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment* 2011; 16(2): 79-101.
21. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, Ilter O. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse & Neglect* 2006; 30(3): 247-55.
22. Oral R, Can D, Kaplan S, et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child abuse & neglect* 2001; 25(2): 279-90.
23. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2004; 47(2): 140-51.
24. Bag O, Alsen S. The evaluation of child sexual abuse in a child advocacy center: one year experience of a center. *ANADOLU PSIKIYATRI DERGISI-ANATOLIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY* 2017; 18(1): 62-8.
25. Gazete R. Başbakanlık Genelgesi. *Resmi Gazete* 2012; (28431).
26. Çolak B, Şişmanlar ŞG, Karakaya I, Etler N, Biçer Ü. Çocuk cinsel istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında dolaylı travmatizasyon. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012; 13(1).
27. Kümbetoğlu B. Sosyolojide ve antropolojide niteliksel yöntem ve araştırma: Bağlam Yayıncılık; 2008.
28. Patton MQ. Nitel araştırma ve değerlendirme yöntemleri. Çeviri Editörleri: Mesut Bütün ve Selçuk Beşir Demir, Ankara: Pegem Akademi 2014.
29. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri: Seçkin Yayıncılık; 2006.
30. Birinci GG, Erden G. Yardım Çalışanlarında Üstlenilmiş Travma, İkincil Travmatik Stres ve Tükenmişliğin Değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Dergisi* 2016; 31(77): 10.
31. Horwitz M. Social worker trauma: Building resilience in child protection social workers. *Smith College Studies in Social Work* 1998; 68(3): 363-77.
32. Cunningham M. The impact of sexual abuse treatment on the social work clinician. *Child and Adolescent Social Work Journal* 1999; 16(4): 277-90.
33. Dyregrov A, Mitchell JT. Work with traumatized children—Psychological effects and coping strategies. *Journal of traumatic Stress* 1992; 5(1): 5-17.
34. Altekin S. Vicarious traumatization: An investigation of the effects of trauma work on mental health professionals in turkey. *İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi*; 2014.
35. Trippany RL, Kress VEW, Wilcoxon SA. Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling & development* 2004; 82(1): 31-7.

Lise ve Üniversite Düzeyinde Eğitim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleğe Bakış Açıları

Stance of High School and University Nursing Students on Profession

Bahadır TERCAN¹, Yeşim SAKA², Sedanur KASAP², Seren GÜN²

ÖZET

Araştırma, lise ve üniversite düzeyinde eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin mesleğe bakış açılarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Gümüşhane İbn-i Sina Mesleki ve Teknik Lisesi öğrencileri ile Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencilerinin tamamı oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeden evrenin tamamı örnekleme dâhil edilmiştir. Veri toplanmasında; kişisel bilgi formu ile “Hemşirelikte Meslek Seçimi Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin analizinde; Frekans, Ki-kare ve t testi, Mann Whitney U, Anova ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 19,91±2,12 olup, %66,1’inin kadın, %62,8’inin hemşireliği ilk 5 tercihine yazdığı, %77,1’inin ise mezun olduktan sonra mesleğini sürdürmek istediği belirlenmiştir. Farklı eğitim düzeyine sahip olmanın mesleğe bakış açısından önemli olmadığı ancak kadınların, gelir durumu yüksek olanların ve mezun olduktan sonra mesleği devam ettirme isteği olanların mesleğe bakış açılarının daha olumlu olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Lise ve Üniversite Düzeyinde Eğitim Görmeye, Mesleğe Bakış Açısı

ABSTRACT

This descriptive study aims at determining the stance of nursing students studying at high school and university level on the profession. The study population consisted of the entire students of Gumushane Ibn-i Sina Vocational and Technical High School and the nursing department of Gumushane University, Health Collage. No sampling was attempted and the whole population was included in the sample. A personal information form and the “Career Choice in Nursing” scale were used to collect data. The data were analyzed using Frequencies, Chi-Square and t-tests, and Mann Whitney U, Anova and Kruskal Wallis tests. The mean age of the participants was 19.91±2.12 years, 66.1% of them were female, 62.8% wrote nursing in their first 5 choices and 77.1% wished to stay in the profession after their graduation. It was observed that being at different education levels did not matter in terms of stance on profession, but females, those with higher incomes, and those who wished to stay in the profession after graduation had more positive stances on the profession.

Keywords: Nursing, Education at High School and University Level, Stance on Profession

*Bu çalışma, 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresinde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

¹Öğr. Gör. Erzincan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

²Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İletişim / Corresponding Author : Bahadır TERCAN, bhdr_24@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 05.04.2017

GİRİŞ VE AMAÇ

Meslek, bir bireyin geçimini sağlama noktasında üstlendiği, konusuna, tekniğine göre belirlenen, yasal bir çerçevede içerisinde yer alan, toplumsal bir uğraş olarak tanımlanmaktadır.¹ Bir başka tanımda ise meslek, “toplumdaki sosyal, ekonomik ve teknolojik yapıların gerektirdiği bir iş alanı sonucu ortaya çıkan, bireyin ilgi ve kabiliyeti ile sosyal etkinliklere katılma gereksinimi ve toplumun bireyden sosyal ve ekonomik hayatta sorumluluk yüklenmesi talebi sonucu ortaya çıkmış olan bir yaşamsal etkinlik olgusu” olarak tanımlanmaktadır.² Meslek seçimi, bireyin hayatında çok önemli dönüm noktalarından biridir. Bu yüzden, birey birçok meslek grubu arasından kendi kişiliğine, yeteneklerine ve özelliklerine en uygun olduğunu düşündüğü ve tatmin olacağına inandığı bir işe yönelmelidir.³ Ayrıca meslek seçiminde aile ve toplum yapısı, ekonomik nedenler, iş bulma olanağı, ülke politikası ve geleceğe yönelik planlar bireyleri etkilemektedir.⁴

Meslek seçimi ülkemizde çoğunlukla bireyin istek ve yeteneklerinin dışında, bir rastlantı sonucu gerçekleşmekte ve birey seçtiği mesleği tanımadan, bilmeden tercih etmektedir.⁵ Bu durum hem bireyi hem de hizmet edeceği mesleği etkilemektedir. İstemeyerek, tanımadan ve bilmeden seçilen bir bölüm, bireyin eğitim hayatını ve mezun olduktan sonraki iş hayatını olumsuz yönde

etkilemektedir. Ancak bireyin yetenekleri ve istekleri yönünde seçeceği bir bölüm, hem eğitim hayatını hem de iş hayatını olumlu yönde etkiler ki birey okuduğu bölümü ya da yaptığı işi severek, isteyerek gerçekleştirir.

Sağlık hizmetinin sunulmasında en önemli meslek gruplarından bir tanesi hemşirelik mesleğidir. Hemşirelik, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalık anında iyileştirme gibi önemli sorumluluklara sahiptir.⁶ Bu sorumlulukları yerine getirebilmek için, hemşirelik mesleğine hizmet edecek bireylerin mesleği isteyerek seçmesi, mesleğin toplumdaki saygınlığını devam ettirebilmek için mesleğine sahip çıkması ve eğitim hayatı boyunca öğrenmiş olduğu bilgi ve becerilerini en iyi şekilde uygulayarak mesleğine hizmet etme çabası içinde olması gerekir.⁷

Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda; öğrencilerin hemşirelik mesleğini tercih ederken puanın düşük olması, iş bulma olanağının kolay olması, para getirisinin iyi olması, aile isteği, arkadaş ve öğretmen önerisi gibi durumlardan etkilendikleri görülmüştür.^{7,8}

Bu araştırmanın amacı, lise ve üniversite düzeyinde eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin mesleğe bakış açılarını belirlemek ve bazı kişisel özellikleriyle karşılaştırmaktır.

MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini Gümüşhane İbn-i Sina Mesleki ve Teknik Lisesi ve Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu hemşirelik bölümü öğrencileri oluşturmaktadır (455 kişi). Ayrıca örneklem seçimine gidilmemiş olup, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 384 kişi ile 09-15 Şubat 2015 tarihleri arasında yapılmıştır (cevaplılık oranı 84,39'dur). Çalışma yapılmadan önce Gümüşhane İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır.

Çalışma, araştırmacılar tarafından katılımcılara çalışmanın amacı ve konusu anlatıldıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile anket sorularının cevaplandırılması esasına göre yapılmıştır. Çalışmada kullanılan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Formun birinci bölümü literatür bilgisi ışında araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur ve sosyodemografik veriler ile mesleğe bakış açısını ölçmeye yönelik soruları içermektedir. Formun ikinci bölümü ise Önler ve Saraçoğlu tarafından geliştirilen ve aynı araştırmacılar tarafından 2010 yılında geçerlilik güvenilirlik analizleri yapılan "Hemşirelikte Meslek Seçimi Ölçeği HMSÖ" kullanılmıştır.

Hemşirelikte meslek seçimi ölçeği likert tipinde (%0 ile %100 arası) bir ölçek olup 20 madde ve iki alt ölçekten (Mesleki Uygunluk (Sorular; 1,2,3,4,5,7,12,17,18-19,20), Yaşamsal Nedenler (Sorular; 6,11-13,14,15,16) oluşmaktadır. Her bir madde %0 (Meslek seçiminde etkisi yok) ve %100 (Meslek seçiminde en önemli faktördür) arasında değer almaktadır. Toplam ölçek ve alt ölçek puanları; katılımcıların ölçeğe verdikleri puanların toplamının, ölçekteki soru sayısına bölünmesiyle bulunmaktadır. Ölçekten en yüksek 100 puan, en az ise 0 puan alınmaktadır. Ölçek tanılama amaçlı bir ölçek değildir. Bu nedenle alınan puan aralıklarının ifade ettiği bir anlam yoktur. Ölçekten alınan puanlar ile bağımsız değişkenler karşılaştırılarak öğrencilerin hemşirelik mesleğini seçmelerini etkileyen nedenler belirlenmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.79, mesleki uygunluk ile yaşamsal nedenler alt faktörleri için Cronbach Alpha değerleri 0.77 ve 0.63'dir.⁹

Verilerin analizi SPSS 23.0 istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiş olup Frekans, Ki-kare, t testi, Mann Whitney U testi, Anova ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=375)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Yaşınız		
15-18	94	24,5
19-22	250	65,1
23-28	40	10,4
Cinsiyet		
Kadın	254	66,1
Erkek	130	33,9
Medeni Durum		
Evli	5	1,3
Bekâr	379	98,7
Okul		
Sağlık Yüksekokulu	321	83,6
Meslek. ve Tek. Ana. Lisesi	63	16,4
Annenizin Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	53	13,8
Okuryazar	32	8,3
İlkokul	204	53,1
Ortaokul	56	14,6
Lise	30	7,8
Üniversitesi	9	2,3
Babanızın Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	8	2,1
Okuryazar	30	7,8
İlkokul	141	36,7
Ortaokul	85	22,1
Lise	92	24,0
Üniversitesi	28	7,3
Ailenizin Gelir Durumu		
İyi	65	16,9
Orta	301	78,4
Kötü	18	4,7
Hemşirelik Kaçınıcı Tercihiniz		
İlk 5 tercih içinde	241	62,8
5-10. tercih	68	17,7
10-20.tercih	55	14,3
20 ve sonrası	20	5,2
Tercih Nedeni*		
Aile isteği	130	33,9
Tesadüf	29	7,6
Tanıdık birisinin önerisi	30	7,8
Kendi isteğim	222	57,8
Ailede Sağlık Çalışmanın Olması		
Var	133	4,6
Yok	251	65,4
Mezun Olduktan Sonra Mesleği Sürdürme Durumu		
Evet	296	77,1
Hayır	88	22,9

*Birden çok yanıt verilmiştir.

Tablo 2’de katılımcıların Hemşirelikte Meslek Seçimi Ölçeğine verdikleri cevapların puan ortalamalarının dağılımı

gösterilmektedir. Hemşirelik mesleğinin seçimine yönelik sorulara baktığımızda; ‘Her zaman insanlara yardım etmek istemişimdir’ ifadesi 81,95±23,22 ortalama puanıyla en yüksek puan ortalamasına sahip maddedir. Bunu 74,74±27,16 ortalama puanı ile ‘Hemşirelikte işsiz kalınmayacağını düşünüyorum’ ve 71,43±29,55 ortalama puanı ile ‘Kendimi ifade edebilmemi sağlayan bir iş yapmak istedim’ ifadeleri takip etmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Hemşirelikte Meslek Seçimi Ölçeği Sorularına Verdiği Cevapların Puan Ortalamaları

HMSÖ Soruları	Ort±SS
Her zaman hemşire olmak istemişimdir.	38,52±30,67
Hemşireliğin kişiliğime uygun bir iş olduğunu düşünüyorum.	53,93±33,38
Her zaman insanlara yardım etmek istemişimdir.	81,95±23,22
Kendimi ifade edebilmemi sağlayan bir iş yapmak istedim	71,43±29,55
Hemşireliğin benim için iyi bir kariyer fırsatı olduğunu düşünüyorum.	51,41±32,72
Başka bir iş yapmak isterdim ama yapamadım.	53,65±36,80
Çevremdeki insanlar iyi bir hemşire olacağımı söylerler.	71,33±28,43
Hemşireliğin sürekli gözde bir meslek olacağını düşündüğüm için hemşireliği seçtim.	47,32±34,03
Hemşirelik insanların gözünde saygın bir meslektir.	60,73±31,39
Hemşirelikten başka seçim şansım yoktu.	27,47±33,62
Hemşirelikte işsiz kalınmayacağını düşünüyorum.	74,74±27,16
Hemşirelikte iyi para kazanılır.	56,61±29,81
Hemşirelik dışında yapabileceğim başka iş yok.	19,27±27,26
Hemşirelik alanında lider olabileceğimi düşünüyorum.	55,99±32,26
Hemşirelik ailem ve benim için uygun bir iştir.	64,74±30,76
Hemşireliğin yarı zamanlı ve vardiyalı çalışma koşullarının olması bana cazip gelmektedir.	49,69±33,20
Gereksinimlerimi karşılayabilecek bir meslek aradım ve hemşireliği seçtim.	49,79±33,15

‘Hemşirelik dışında yapabileceğim başka iş yok’ ifadesi ise 19,27±27,26 ortalama puan

ile en düşük puan ortalamasına sahip madde olmuştur.

Tablo 3’de katılımcıların Hemşirelikte Meslek Seçimi Ölçeği ve alt grup puan ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir. Toplam ölçek puan ortalaması 54,62±15,17, mesleki uygunluk puan ortalaması 59,04±20,53, yaşamsal nedenler puan ortalaması 46,51±17,31’dir.

Tablo 3. Katılımcıların HMSÖ Toplam Puan ve Alt Grup Puan Ortalamaları

	Min	Maks	Ort±SS
HMSÖ	1,18	9,41	54,62±15,17
Mesleki Uygunluk	10	100	59,04±20,53
Yaşamsal Nedenler	0	100	46,51±17,31

Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre HMSÖ ve alt grup puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4’de verilmiştir. Okul düzeyi ile HMSÖ ve alt grup ölçek puanları arasında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ($p>0,05$). Yani, lise ve üniversite düzeyinde eğitim görmenin mesleğe bakış açısını etkilemediği belirlenmiştir. Cinsiyet ile HMSÖ ve mesleki uygunluk arasında anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kadınların ölçek puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaş ile mesleki uygunluk alt grup puanı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ailenin gelir durumu ve mezun olduktan sonra mesleği devam ettirme durumu ile HMSÖ ve mesleki uygunluk alt grup puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Mesleğini benimseyen ve severek yapma düşüncesinde ve isteğinde olanların mesleğe bakış açılarının daha olumlu olduğu görülmektedir.

Mesleği tercih etme nedenleri arasında ailesinin isteği ve kişinin kendi isteğiyle tercih yapma durumu ile HMSÖ, yaşamsal nedenler ve mesleki nedenler alt grup puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Son olarak, mesleği tercih etme nedenleri arasında tanıdık birisinin önerisiyle tercih etme durumu ile HMSÖ ve yaşamsal nedenler alt grup

puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre HMSÖ ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=384)

Tanımlayıcı Özellikler	HMSÖ Toplam	Mesleki Uygunluk	Yaşamsal Nedenler
Yaş			
15-18	56,61±16,16	62,87±21,76	45,14±15,95
19-22	54,29±14,63	58,49±20,24	46,60±17,48
23-28	51,97±15,92	53,50±18,09	49,16±19,34
	p=0,229	p=0,041	p=0,465
Cinsiyet			
Kadın	56,05±15,05	61,12±20,44	46,77±17,32
Erkek	51,81±15,08	54,99±20,18	45,98±17,36
	p=0,009	p=0,006	p=0,672
Gelir Durumu			
İyi	58,63±16,60	66,06±21,76	45,00±15,74
Orta	53,77±14,82	57,55±20,05	46,84±17,61
Kötü	54,28±14,08	58,63±19,83	46,29±18,32
	p=0,033	p=0,007	p=0,629
Okul			
Sağlık YO.	54,27±14,87	58,14±20,03	47,16±17,79
Mesleki ve	56,40±16,64	63,62±22,52	43,17±14,63
Tek. Lise	p=0,308	p=0,053	p=0,059
Mesleği Devam Ettirme Durumu			
Evet	57,60±14,63	64,12±19,11	45,65±17,36
Hayır	44,58±12,50	41,97±15,33	49,37±16,96
	p=0,001	p=0,001	p=0,077
Aile İsteği ile Tercih			
Evet	51,90±14,34	53,36±19,40	49,21±16,58
Hayır	56,01±15,42	61,95±20,53	45,12±17,55
	p=0,012	p=0,000	p=0,028
Tanıdık Önerisi ile Tercih			
Evet	47,74±12,94	47,45±18,19	48,27±17,02
Hayır	55,20±15,22	60,02±20,44	46,36±17,36
	p=0,010	p=0,001	p=0,561
Kendi İsteği ile Tercih			
Evet	58,72±15,00	66,20±19,16	45,02±18,05
Hayır	48,99±13,55	49,23±18,21	48,54±16,09
	p=0,001	p=0,001	p=0,049

Meslek seçimi, bireylerin hayatına yön veren önemli bir olaydır. Meslek seçimi yaparken birey, kendine belli bir çalışma ve yaşam biçimi seçmektedir. Birey; istek, ilgi ve yetenekleri çerçevesinde meslek olarak bir alan seçtiği zaman başarılı, istemeden, rastgele ya da baskı sonucu bir seçim yaptığında başarısız ve mutsuz olmaktadır.¹⁰

Araştırmada katılımcıların %78,4’ünün ailesinin gelir durumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Tüfekçi ve ark. çalışmasında, öğrencilerin %79,6’sının ailesinin gelir durumunun orta düzeyde

olduğu saptanmıştır.¹¹ Bu araştırma sonucu ile çalışma sonucu benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılanların %62,8'i hemşirelik bölümünü ilk 5 tercihleri arasında seçtikleri saptanmıştır. Bu araştırma bulgusuna benzer çalışmalar şu şekildedir. Özpancar ve ark. çalışmasında, öğrencilerin %68,4'ü ilk 6 tercih, Sarıkaya ve ark. çalışmasında, öğrencilerin %59,2'sinin ilk 6 tercih ve Nazik ve ark. çalışmasında, öğrencilerin %73,3'ü ilk 5 tercih arasında hemşirelik bölümünü seçtikleri belirlenmiştir.^{7,12,13}

Araştırmaya katılan öğrencilerin hemşirelik mesleğini seçme nedenlerine baktığımızda %57,8'i kendi isteğiyle, %33,9'u aile isteğiyle, %7,8'i tanık birisinin önerisiyle, %7,6'sı tesadüfen tercih ettikleri belirlenmiştir. Literatürde, yapılan bazı çalışmaların sonuçları ile bu araştırma sonuçları benzerdir. Kızıgüt ve ark. çalışmasında, öğrencilerin %33,7'si aile isteğiyle, %45,2'i kendi isteğiyle, Göz ve ark. çalışmasında, öğrencilerin %42,6'sı aile isteğiyle, Tüfekçi ve ark. çalışmasında, öğrencilerin %26,5'i aile isteğiyle, Cho ve ark. yapmış olduğu çalışmada ise öğrencilerin %20,7' si ailesinin etkisiyle meslek tercihinde buldukları görülmektedir.^{11,14-16}

Ayrıca, Bozkır ve ark. çalışmasında, öğrencilerin %41,9'u kendi isteğiyle, Arıkan ve ark. çalışmasında, öğrencilerin %45,6'sı kendi isteğiyle, Özpancar ve ark. çalışmasında, öğrencilerin %12,3'ü yakın çevresinin önerisiyle tercih yaptıkları ve Yılmaz ve ark. çalışmasında, öğrencilerin %10,8'inin tesadüfen tercih yaptıkları görülmektedir.^{4,7,17,18}

Araştırmada katılımcıların %65,4'ünün ailesinde sağlık çalışanı olmadığı belirlenmiştir. Kaya ve ark. çalışmasında katılımcıların %76,2'sinin, Nazik ve ark. çalışmasında, öğrencilerin %62,8'inin, Tunç ve ark. çalışmasında öğrencilerin %56,9'unun ve Şirin ve ark. çalışmasında, öğrencilerin %47,6'sının ailesinde sağlık alanında çalışan birisinin olmadığı saptanmıştır.^{13,19-21} Bu araştırma sonucu ile yapılan çalışma sonuçları benzerdir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %77,1'i mezun olduktan sonra mesleğini devam ettirmek istedikleri belirlenmiştir. Andsoy ve ark. çalışmasında, öğrencilerin %88,0'nin, Atasoy ve ark. çalışmasında, öğrencilerin %74,8'inin mezun olduktan sonra hemşirelik mesleğini sürdürmek istedikleri görülmektedir.^{22,23} Bu araştırma sonucu ile yapılan çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin HMSÖ soruları puan ortalamalarına baktığımızda; 81,95±23,22 ortalama puanıyla en yüksek puan ortalamasına sahip madde 'Her zaman insanlara yardım etmek istemişimdir' ifadesidir (Tablo 2). Koç ve ark. çalışmasında, öğrencilerin %77,9'u 'İnsanları sevdiğim ve onlara yardım etmek istediğim için' hemşirelik mesleğini seçtikleri belirlenmiştir.²⁴

Araştırmaya katılan öğrencilerin HMSÖ toplam puan ortalamaları 54,62±15,17 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Özdemir ve ark. çalışmasında, öğrencilerin meslek seçim ölçeği puan ortalaması 50,56±15,07 olarak hesaplanmıştır.²⁵

Araştırmada, cinsiyet ile HMSÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu elde edilmiştir (p<0,05). Kız öğrencilerin HMSÖ toplam puan ortalaması (56,05±15,05), erkek öğrencilerin HMSÖ toplam puan ortalamasından (51,81±15,08) yüksektir. Kırağ tarafından yapılan bir çalışmada, cinsiyet ile HMSÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığın olduğunu bildirmişlerdir.²⁶ Bu farklılığın nedeni, kız öğrencilerin hemşirelik mesleğini erkeklere göre daha fazla tercih etmesi ve halen hemşirelik mesleğinin kadınlara uygun bir meslek olarak algılanması söylenilebilir. Meslek seçimini etkileyen diğer bir değişkende gelir düzeyidir. Gelir durumu ile HMSÖ ve mesleki uygunluk alt grup puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,05). Gelir durumu iyi olanların puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Özdelikara ve ark. yaptığı bir çalışmada, öğrencilerin gelir durumu ile HMSÖ toplam puan ortalaması arasında

anlamli farkın olduğunu bildirmişlerdir.²⁷ Ancak çalışmada, gelir giderden az diyenlerin puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Bu iki çalışmanın, iki farklı örneklem grubunda yapılmış olması, farklı sonuçların elde edilmesine sebep olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada öğrencilerin hemşirelik mesleğini kendi isteğiyle seçmesi ve okuldan mezun olduktan sonra mesleğini sürdürmek istemesi durumları ile HMSÖ puan

ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Özdelikara ve ark. çalışmasında, öğrencilerin mesleğini isteyerek seçmesi ile HMSÖ toplam ölçek puan ortalaması arasındaki fark anlamlı çıkmıştır.²⁷ Meslek seçimini kendi isteğiyle belirleyen bireyler, mezun olduktan sonra mesleğini, çalıştığı kurumu ve iş arkadaşlarını severler ve yüksek iş doyumunu ile mesleklerini devam ettirirler.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Lise ve üniversite düzeyinde eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin mesleğe bakış açılarını belirlemek ve bazı kişisel özellikleriyle karşılaştırmak amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları değerlendirildiğinde, farklı eğitim düzeyine sahip olmanın, mesleğe bakış açısından önemli olmadığı belirlenmiştir. Ancak kadınların, ailesinin gelir durumu iyi olanların ve mezun olduktan sonra mesleği devam ettirme isteği olanların mesleğe bakış açılarının daha olumlu olduğu görülmüştür.

Bu doğrultuda;

Kişinin mesleğiyle birlikte toplum içerisinde kabul görmesi, kendini önemli hissetmesi, bilgi ve becerilerini gerçekleştirebilmesi ve başarılı olması için kişinin kendine uygun olan doğru meslek seçimini yapması gerekmektedir.

Hem lise hem de üniversite eğitiminde hemşirelik bölümü öğrencilerine özellikle mezun olduktan sonra mesleği devam ettirmeyi düşünmeyen öğrencilere gereksinimleri doğrultusunda eğitim ve danışmanlık eğitimleri yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Korkmaz, F. (2011). "Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik". Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 59-67.
2. Tutkun, FÖ., Koç, M. (2008). "Mesleklere atfedilen kalıp yargılar". Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 41(1): 255-73.
3. Karadağ, A. (2002) "Meslek olarak hemşirelik". Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2).
4. Yılmaz, M., Karadağ, G. (2011). "Erkek öğrenci hemşireler hemşirelik mesleğini nasıl algılıyor?". Maltepe Üniversitesi Bilim ve Sanatı Dergisi, 4(1): 21-8.
5. Ünal, S., Gürhan, N., Saral, E., Özbaş, A. (2008). "Hemşirelik öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri ve hemşirelik mesleğini seçme nedenleri". İ.Ü.F.N. Hem. Derg, 16(63): 179-187.
6. Taylan, S., Alan, S., Kadioğlu, S. (2012). "Hemşirelik rolleri ve özerklik". Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2012; 14(3): 66-74
7. Özpancar, N., Aydın, N., Akansel N. (2008). "Hemşirelik 1. sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleği ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi". C.U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(3): 9-17.
8. Jrasat, M., Samawi, O., Wilson, C. (2005). "Belief, attitudes and perceived practice among newly enrolled students at the Jordanian Ministry of Health nursing colleges and institutes in 2003". Educ Health (Abingdon), 18(2): 145-56.
9. Önler, E., Saraçoğlu, G. (2010). "Hemşirelikte meslek seçimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği. DEUHYO ED, 3(2): 78-85.
10. Yanikkerem, E., Altınparmak, S., Karadeniz, G. (2004). "Gençlerin meslek seçimini etkileyen faktörler ve benlik saygıları". Nursing Forum Dergisi, 7(2): 61-7.
11. Tüfekçi, FG., Yıldız, A. (2009). "Öğrencilerin hemşireliği tercih etme gerekçeleri ve gelecekleri ile ilgili görüşleri". Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1): 31-7.
12. Sarıkaya, T., Khorshid, L. (2009). "Üniversite öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen etmenlerin incelenmesi: üniversite öğrencilerinin meslek seçimi". Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 7(2): 393-423.
13. Nazik, E., Arslan, S. (2014). "Hemşirelik mesleğinin geleceği: öğrencilerin beklentileri". Bozok Tıp Derg, 4(1): 33-40.
14. Kızgüt, S., Ergöl, Ş. (2011). "Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin hemşireliği algılayışı hemşirelik rollerine ve hemşireliğin geleceğine bakışı". Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(2): 10-5.
15. Göz, F., Erkan, M. (2006). "Sağlık memurluğu öğrencilerinin mesleki düşünce görüş ve sorunları". Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(2): 37-50.
16. Cho, SH., Jung, SY., Jank, S. (2010). "Who enters nursing school and why do they choose nursing?" A comprasion wiht female non-nursing students using longitudinal data". Nurse Education Today, 30: 180-6.
17. Bozkır, G., Taşcı, N., Altuntaş, Ç., Arsak, A., Balgı, Ö., Kaya, E., ve ark. (2008). "Genel lise son sınıf ve sağlık yüksekokulundaki erkek öğrencilerin hemşireliğe bakışı". Bilim, Eğitim ve Düşünme Dergisi, 8(1): 1-17.
18. Arıkan, D., Karaman, Z., Yağcı, G. (2008). "Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin eğitiminde ve mesleki alanda erkek hemşire adaylara bakış açısı. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(1): 36-43.
19. Kaya, N., Turan, N., Öztürk, A. (2011). "Türkiye'de erkek hemşire imgesi". Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 8(1): 16-30.
20. Tunç, GÇ., Akansel, N., Özdemir, A. (2010). "Hemşirelik ve sağlık memurluğu öğrencilerinin meslek seçimlerini etkileyen faktörler". Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3(1): 24-31.
21. Şirin, A., Öztürk, R., Bezc,i G., Çakar, G., Çoban, A. (2008). "Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve mesleği uygulamaya yönelik görüşleri". Dirim Tıp Dergisi, (83): 69-75.
22. Andsoy, I., Güngör, T., Bayburtluoğlu, T. (2012). "Karabük üniversitesi sağlık yüksekokulu öğrencilerinin hemşireliği tercih etme nedenleri ve mesleğin geleceği ile ilgili görüşleri". Balıkesir Sağlık Bilimleri Sergisi, 1(1): 124-30.
23. Atasoy, I., Ermin, C. (2016). "Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin mesleklerine bakış açısının incelenmesi". DÜ Sağlık Bil Enst Derg, 6(2): 83-91.
24. Koç, Z., Sağlam, Z. (2009). "Lise son sınıf öğrencilerin hemşirelik mesleğine ilişkin görüşleri ve mesleğin seçme durumlarının belirlenmesi". Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(3): 1-11.
25. Özdemir, FK., Şahin, ZA. (2016). "Hemşirelik bölümü birinci sınıf öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen faktörler. ACU Sağlık Bil Derg, 7(1): 28-32.
26. Kırığ, N. (2015). "Hemşirelik mesleğinin seçiminde ilişkili olan faktörler. DEUHFED, 8(4): 226-31.
27. Özdelikara, A., Ağaçdiken, S., Aydın, E. (2016). "Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve etkileyen faktörler". ACU Sağlık Bil Derg, 7(2): 83-8.

Üniversite Öğrencilerinin Süt ve Süt Ürünleri Tüketim Alışkanlıkları ve Etkileyen Faktörler

Factors Affecting University Student's Habit of Consuming Milk and Dairy Products

Saime ŞAHİNÖZ¹, Merve ÖZDEMİR²

ÖZET

Bu araştırma üniversite öğrencilerinin süt ve süt ürünleri tüketim alışkanlıklarını ve bu alışkanlıkları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma kesitsel bir araştırmadır. Araştırmada, veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket çalışması 120 öğrenciyle yapılmıştır ve her bir öğrenciye 21 soru yöneltilmiştir. Araştırma sonucu elde edilen veriler paket yazılımı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Öğrencilerin % 41,7'sinin düzenli süt içme alışkanlığının olduğu ve % 30'unun hiç süt tüketmediği belirlenmiştir. Ankete katılan öğrencilerin % 59,1'i süt içme alışkanlığını 0-6 yaş döneminde kazandığını ifade ederken % 44,5'i üniversite hayatının süt ve süt ürünleri tüketimlerini azalttığını düşünmektedir.

Öğrenciler süt ve ürünleri tüketiminin teşviki amacıyla yapılan reklam ve propaganda çalışmalarının yetersiz olduğunu ve tüketimin artmasında da en önemli aracın aile ve aileden gelen alışkanlıklar olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin gelir düzeyi ile süt tüketme sıklıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Süt, Süt ürünleri, Tüketim alışkanlığı, Üniversite öğrencileri.

ABSTRACT

This study is conducted in order to determine the university student's consuming habits of milk and dairy products and the factors affecting these consuming habits. It is a cross sectional study. In the study, a questionnaire was used as data collection tool. The survey was conducted by 120 students and each student was asked 21 questions. The obtained data was evaluated via package software.

It has been found out that 41.7% of the students who participated the study have a regular habit of drinking milk and, 30.0% of them do not consume milk. 59.1% of the students who participated the study stated that they have gained the habit of drinking milk in period of 0-6 years while 44.5% of them think that university life reduces the consumption of milk and dairy products.

The students who have participated the survey have stated that the advertising and propaganda work in order to encourage the consumption of milk and dairy products is insufficient and the most important tool in the rise in consumption habits was the family and habits gained from the family. A statistically significant relationship was found between the frequency of consuming milk and the level of income of the students.

Keywords: Milk, Dairy products, Consuming habits, Gümüşhane

*Bu çalışma, 5-9 Ekim 2015 tarihinde Konya'da düzenlenen 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

¹Doç. Dr. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü

²Araş. Gör. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü

İletişim / Corresponding Author : Saime ŞAHİNÖZ, drsaim@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 05.04.2017

GİRİŞ VE AMAÇ

Süt; bileşimi hayvandan hayvana farklılık gösteren memeli hayvanların yavrusunun ihtiyaç duyduğu bütün besin unsurlarını içeren tek gıda maddesidir.¹

Sütün enerji içeriği, çeşidine göre farklılık göstermekle birlikte; enerji içeriğini karbonhidratlar, yağlar ve proteinler oluşturmaktadır. 100 ml sütte 65 kal, 4,7 g karbonhidrat, 3,8 g yağ ve 3,3 g protein bulunmaktadır.²

Yeterli ve dengeli beslenme vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınmasıdır.²

Okul çağı, sağlıklı ve doğru beslenme alışkanlığı edinmede büyük önem taşımaktadır. Bu dönem; fizyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimin hızlı olduğu, enerjiye, proteinlere, vitaminlere ve minerallere daha fazla ihtiyaç duyulduğu bir dönemdir. Çocukların yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması ve büyümelerinin ideal düzeyde gerçekleşebilmesi için düzenli olarak süt ve süt ürünleri tüketmesi gerekmektedir.³

Ülkemizde süt ve süt ürünleri, hem üretim, hem de tüketim açısından istenilen düzeyde değildir. Kişi başı süt tüketimi Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde, ortalama 331 kg/yıl, ülkemizde ise 171 kg/yıldır.

Sütün beslenmedeki önemi; her geçen gün giderek artmaktadır.⁴

Üniversite hayatı birçok insanın ailesinden ayrı yaşadığı ve beslenme gibi temel bir ihtiyacı tek başına karşıladığı bir dönemi kapsamaktadır ve kişinin ilerideki hayatındaki beslenme biçiminin neredeyse temelini oluşturmaktadır. Özellikle öğün atlama (kahvaltı, öğle yemeği), daha fazla "hazır yemek" tüketimi üniversite öğrencilerinde sık görülen beslenme davranışlarıdır ve beslenmede bozukluklara yol açmaktadır. Sağlıklı bir toplum oluşturabilmek için; gençlerin beslenme konusunda bilgiler ve alışkanlıklar kazanması gerekmektedir.

Bu araştırma, üniversite öğrencilerinin yeterli ve dengeli beslenmesi açısından büyük öneme sahip olan süt ve süt ürünleri tüketim durumlarını tespit ederek, ideal noktaya gelebilmek için, alınması gereken önlemler ve yapılması gereken çalışmalar bakımından önemlidir.

Bu çalışmanın amacı; Üniversite öğrencilerinin süt ve süt ürünlerinin beslenme açısından önemi konusundaki bilgi düzeylerini, tüketim alışkanlıklarını ve tüketim alışkanlıklarını etkileyen faktörleri belirlemektir.

MATERYAL VE METOT

Araştırma kesitsel bir araştırmadır. Araştırmada, veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen ve 21 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunda, öğrencilerle ilgili genel bilgiler ve süt ve süt ürünleri tüketim durumuyla ilgili sorulardan oluşan iki bölüm bulunmaktadır. Toplam soru sayısı 21'dir.

Araştırma için gerekli izinler alınmıştır. Örneklem büyüklüğü evrendeki kişi sayısı bilindiği zaman olayın toplumda görülme sıklığı biliniyorsa kullanılan formül yardımıyla hesaplanmıştır. Formülde süt tüketim sıklığı ülkemizde yapılan değişik

araştırmaları yansıtan 0,27 oranında, sapma ise $d=0,8$ olarak alınmıştır. Buna göre örneklem büyüklüğü 120 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın evrenini Gümüşhane Üniversitesinin Merkez Kampüs öğrencileri (7176 öğrenci) oluşturmuştur.

Anket merkez kampüste öğrenimine devam eden 7176 öğrenci arasından basit rastgele örnekleme yolu ile seçilen 120 öğrenciye yüzyüze görüşme tekniği ile araştırmacılar tarafından uygulanmıştır.

Araştırma sonucu elde edilen veriler bilgisayarda paket program kullanılarak

değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler tablolar şeklinde frekans ve yüzde olarak

sunulmuş, istatistiksel analizlerde ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Araştırma kapsamındaki toplam 120 üniversite öğrencisinin yarısını kızlar, diğer yarısını da erkekler oluşturmaktadır. Öğrencilerin yaş ortalaması $20,57 \pm 1,64$ idi.

Tablo 1. Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Bölümler		
Mühendislik Fakültesi	34	28,3
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	31	25,8
Sağlık Yüksekokulu	20	16,7
İletişim Fakültesi	14	11,7
İlahiyat Fakültesi	13	10,8
Edebiyat Fakültesi	4	3,3
BESYO	4	3,3
Kalman Yer		
Özel Yurt	64	53,3
Öğrenci Evi	32	26,7
Devlet Yurdu	23	19,2
Aile Yanı	1	0,8
Gelir Miktarı		
1-300 TL	15	12,5
300-600 TL	87	72,5
600-1000 TL	18	15,0

Tablo 1’de görüldüğü gibi öğrencilerin %28,3’ü Mühendislik Fakültesinde, %25,8’i İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde, %11,7’si İletişim Fakültesinde, %16,7’si Sağlık Yüksekokulunda, %10,7’si İlahiyat Fakültesinde, %3,3’ü Edebiyat Fakültesinde ve %3,3’ü Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulunda okumaktaydılar.

Öğrencilerin % 53,3’ü özel yurtlarda, %26,7’si öğrenci evlerinde ve % 19,2’si ise devlet yurtlarında kalmaktaydılar.

Gelir durumları incelendiğinde öğrenciler; aylık gelirlerinin 100 TL ile 1000 TL arasında olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin % 12,5’i gelirinin 300 TL’nin altında, % 15,0’i ise 600-1000 TL arasında olduğunu belirtmiştir.

Tablo 2. Öğrencilerin Süt Tüketimi ile İlgili Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Süt İçme Alışkanlığı		
Düzenli içiyorum	84	70,0
Alışkanlığım yok	27	22,5
Kokusunu/tadını sevmiyorum	9	7,5
Süt Tüketim Sıklığı		
Günlük	99	82,5
Haftalık	15	12,5
Aylık	6	5,0
Süt İçme Zamanları		
Öğün arasında	32	26,7
Yatmadan önce	51	42,5
Kahvaltıda	14	11,7
Hiçbir zaman	23	19,2
Günlük Süt Tüketimi		
1 bardak	74	61,7
2 bardak	7	5,8
3 bardak	3	2,5
Hiç tüketmiyorum	36	30,0
Süt İçme Alışkanlığı Kazanma Yaşları		
0-6 yaş	55	45,8
7-14 yaş	25	20,8
15-18 yaş	8	6,7
19 yaş ve üzeri	5	4,2
Alışkanlığım yok	27	22,5
Üniversite Hayatının Süt İçme Alışkanlığına Etkisi		
Değiştirmede	52	43,3
Azalttı	53	44,2
Arttırdı	15	12,5

Öğrencilerin %70’i düzenli olarak süt içtiklerini belirtmişlerdir. Düzenli olarak süt içmeyenler, neden olarak alışkanlığının olmadığını (%20), ve sütün tadından ve kokusundan rahatsız olduklarını belirtmişlerdir (%7,5). Öğrencilerin %61,7’si ise düzenli olarak günlük 1 bardak süt içtiklerini ifade etmişlerdir. Erkek öğrencilerin %80’i süt ve süt ürünlerini günlük tükettiklerini belirtirken kızlarda bu oran % 85’tir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin süt ve süt ürünlerini %82,5 oranında günlük, %12,5 oranında haftalık tükettikleri tespit edilmiştir.

Öğrencilerin %52,6’sı sütü genellikle öğün arasında, %33’ü ise yatmadan önce içtiklerini belirtmişlerdir.

Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada; süt içmeyi sevenlerin oranının % 69,7, sütü düzenli olarak tüketenlerin oranının % 34,2 olduğu belirtilmiştir.⁵ Düzenli olarak süt tüketen öğrencilerin oranının, bizim bulgularımıza göre oldukça düşük olduğu görülmektedir. Yine bizim çalışmamıza benzer olarak Erciyes Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi öğrencilerinden 102 gönüllü öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin % 80'inin düzenli süt tüketim alışkanlığına sahip olduğu belirlenmiştir.⁶ Yüzüncü Yıl Üniversitesi öğrencilerinin süt tüketim alışkanlıklarına yönelik yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin % 77,4'ünün süt içmeyi sevdiği ancak % 94,9'unun düzenli olarak süt tüketmediği bildirilmiştir.⁷

Ortak özellikleri üniversite öğrencileri üzerinde yapılmaları olan bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar ile bizim çalışmamızdan elde edilen veriler yaklaşık olarak uyum göstermektedir.

Öğrencilerin %59,1'i süt içme alışkanlığını 0-6 yaş döneminde, %26,7'si ise 7-14 yaş döneminde kazandığını ifade etmiştir.

Celal Bayar Üniversitesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada; öğrencilere süt içme alışkanlıklarını ne zaman kazandıkları sorusuna öğrencilerin %79,2'si okul öncesi dönemde, %16,6'sı okul döneminde %4,2'si ise yetişkinlik döneminde cevabını vermişlerdir.⁸

Bir birey olduğumuz farkına vardığımız ve olduğumuz karaktere büründüğümüz 0-6 yaş ya da okul öncesi yaşımız alışkanlıklarımızın da kazanıldığı dönemdir. Çalışmamız bu yargıyla aynı doğrultuda sonuçlanmış ve öğrencilerin büyük çoğunluğunun süt tüketim alışkanlığını okul öncesi dönemde kazandıkları tespit edilmiştir.

Öğrencilerin %44,5'i üniversite hayatının süt ve süt ürünleri tüketimlerini azalttığını düşünürken %42,9'u süt ve süt ürünleri tüketim miktarlarını değiştirmedini ifade etmişlerdir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin %44,5'i üniversite hayatının süt ve süt ürünleri tüketimlerini azalttığını düşünürken, % 42,9'u üniversite hayatının süt ve süt ürünleri tüketim miktarlarını değiştirmedini ifade etmişlerdir. Öğrencilerin % 12,6'sı ise üniversite hayatının süt ve süt ürünleri tüketimlerini arttırdığını düşünmektedirler.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %50,7'si üniversite hayatının süt ve süt ürünleri tüketimlerini etkilemediğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Üniversite hayatı ile birlikte süt ve süt ürünleri tüketiminin arttığını düşünen öğrencilerin oranı % 11,9 olarak bildirilmiştir.⁹ Yaklaşık olarak benzer sonuçlara ulaşılan bu çalışmada öğrencilerin çoğu üniversite hayatının süt ve süt ürünleri tüketimini etkilemediğini düşünmektedir. Bunun nedeni küçük yaşta kazanılan alışkanlıklardan vazgeçilememesi olabilir. Üniversite hayatının süt ve süt ürünleri tüketimini azalttığını düşünen öğrenciler genel olarak süt fiyatlarının pahalılığından yakınmışlardır. Diğerlerine oranla az da olsa üniversite hayatının süt tüketimlerini arttırdığını düşünen öğrenciler eğitimle bu konuda bilinçlendiklerini ve daha fazla süt ürünleri tükettiklerini belirtmişlerdir.

Öğrencilere aromalı süt tercih edip etmedikleri sorulduğunda %35,2'si genellikle tercih ederken %32,4'ü hiçbir zaman cevabını vermişlerdir.

Öğrencilerin %41,6'sı UHT süt tükettiklerini, %27,7'si sokak sütü tercih etmelerine rağmen bulamadıklarını ifade etmişlerdir.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi lisans öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada pastörize, UHT ve sokak sütü tüketiminde, öğrencilerin % 60,5'inin pastörize süt, % 30'unun UHT süt ve % 9,5'inin sokak sütünü tercih ettiği belirtilmiştir.⁹

Celal Bayar Üniversitesi öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin içme sütü tercihlerinin; % 50,4'ünün pastörize süt, %40,7'inin UHT süt, % 5,3'ünün sokak sütü olduğu belirtilmiştir.⁸

Yapılan çalışmalarda öğrencilerin genellikle uzun ömürlü sütleri tükettikleri belirlenmiştir. Bunun nedeni UHT sütlere ulaşımın kolay olması, tüketmek için herhangi bir işleme (kaynatma vb.) gerek duyulmaması ve muhafaza koşulları olabilir. Araştırmamızda anket yapımı sırasında öğrencilerin sorularından öğrencilerin pastörize süt ve UHT süt arasındaki farkı bilmedikleri anlaşılmıştır.

Öğrencilerin %49,5'i süt satın alırken; son kullanma tarihine özellikle ve öncelikle dikkat ettiklerini belirtirken, %33,3'ü öncelikle markaya dikkat ettiklerini belirtmişlerdir.

Kafkas Üniversitesi öğrencileriyle yapılan çalışmada öğrencilerin % 74,5'inin süt satın alırken markaya dikkat ettiği belirlenmiştir.¹⁰

Yüzüncü Yıl Üniversitesi yüksekokul öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin % 40,0'ı süt satın alırken son kullanma tarihine dikkat ettiklerini, %23,8'i markaya önem verdiklerini belirtmişlerdir.⁷

Süleyman Demirel Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada; öğrencilerin süt satın alırken öncelikle son kullanma tarihini kontrol ettikleri, ikinci olarak ta markasına dikkat ettikleri belirtilmiştir.⁵

Araştırma bulgularımız yapılan bu çalışmalarla paralellik göstermektedir ve öğrencilerin süt ve süt ürünlerini satın alma sırasında en çok son kullanma tarihine ardından da markasına dikkat ettikleri saptanmıştır. Bu durumda öğrencilerin son kullanma tarihi konusunda bilinçli oldukları düşünülebilir.

Öğrencilerin %61,8'i süt fiyatlarını uygun %20'si ise pahalı bulduklarını ifade etmiştir.

Öğrencilerin %40,3'ü süt dışında en çok sevdiği süt ürününün yoğurt olduğunu belirtmişlerdir. En çok sevilen süt ürünleri sıralamasında ikinci sırada peynir (%22,7), üçüncü sırada ayran (%19,3) ve dördüncü sırada da (%17,6) dondurma gelmektedir. Öğrencilerin %73,3'ü kefirini hiç denemediklerini ve birçoğu da kefirin ne olduğunu bilmediklerini ifade etmişlerdir.

Gaziosmanpaşa Üniversitesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada; öğrencilerin %79,7'sinin düzenli olarak peynir, %60,3'ünün yoğurt, %14,3'ünün tereyağı ve %21,7'sinin de dondurma tükettiği bildirilmiştir.¹¹

Literatürdeki neredeyse tüm çalışmalarda içme sütü dışında en çok sevilen ve tüketilen süt ürününün yoğurt ve peynir olduğu gözlenmiştir. Bulgularımız bu sonuçlarla uyumludur.

Öğrenciler yemeklerin yanında %41,7 oranında ayran tercih etmektedirler. Bunu %30,0 oranıyla gazlı içecekler takip etmektedir.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin % 34,8'inin yemeklerde soğuk içecek olarak ayranı ve % 35,6'sının gazlı içecekleri tercih ettiği bildirilmiştir.⁹

Bu sonuçlara göre üniversite öğrencilerinin gazlı içecekler konusunda biraz da olsa bilinçlendiği yorumunu yapabiliriz. Özellikle fast-food tarzı beslenmenin arttığı öğrencilik döneminde ayran tüketiminin gazlı içecek tüketiminin önüne geçmesi sağlıklı beslenme açısından çok iyi bir sonuçtur.

“Süt ve süt ürünlerini teşvik eden en önemli araç sizce nedir?” sorusuna öğrencilerin % 86,7'si aile ve aileden gelen alışkanlıklar cevabını vermiştir. Süt ve süt ürünleri tüketimine teşvik etme konusunda; öğrencilerin %71,7'si yapılan reklam ve propaganda çalışmalarını yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir.

Celal Bayar Üniversitesinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin % 76,8'i süt tüketimini teşvik eden en önemli aracın; televizyon, gazete ve radyo ile reklam/propaganda çalışmaları olduğunu, %25,6'sı ise aile ve aileden gelen alışkanlıklar olduğunu belirtmiştir.⁸

Yüzüncü Yıl Üniversitesi yüksekokul öğrencileriyle yapılan çalışmada; öğrencilerin % 12,1'inin süt ve süt ürünleri tüketimini teşvik etme amaçlı basın yayın

organlarının çalışmalarını yeterli bulduğu, % 60,8'inin yetersiz bulduğu bildirilmiştir.⁷

Tüketiciler üzerinde yapılan bir çalışmada; toplumun içme sütü tüketiminin teşvik edilmesi için en etkili yolun radyo ve televizyon programları (%70,9) olduğu bildirilmiştir.

Sağlık yüksekokulu öğrencileriyle diğer bölümlerde okuyan öğrencilerin süt ve süt ürünleri tüketim sıklığı karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Yine öğrencilerin süt tüketim sıklığıyla cinsiyet arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3. Öğrencilerin Gelir Durumlarına Göre Süt ve Süt Ürünleri Tüketim Sıklıklarının Karşılaştırılması

GELİR	Günlük		Haftalık		Aylık		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1-300 TL	11	73,3	3	20,0	1	6,7	15	100,0
300-600 TL	73	83,9	12	13,8	2	2,3	87	100,0
600 TL ve üstü	15	83,3	0	0	3	16,7	60	100,0
Toplam	99	82,5	15	12,5	6	5,0	120	100,0

$\chi^2: 9,469, p=0,05$

Öğrencilerin gelir durumlarına göre süt ve süt ürünleri tüketim düzeyleri karşılaştırıldığında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p=0,05$) ve daha yüksek

gelire sahip olan öğrencilerin günlük süt ve süt ürünleri tüketim sıklığının daha fazla olduğu görülmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda Üniversite öğrencilerinin süt ve süt ürünleri tüketim alışkanlıklarının orta seviyelerde olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlar farklı üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarla uyum içerisindedir.

Ülkemizdeki süt ve süt ürünü tüketiminin artırılması konusunda gerekli politikalara ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Süt içme alışkanlığı olmayan öğrencilerin oranı %30 bulunmuştur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde ve bizim bulgularımızla birleştirildiğinde; öğrencilerin ortaokul ve lise döneminde daha çok süt ve süt ürünleri tükettiği, üniversite hayatının bu oranı azalttığı görülmektedir. Bu yüzden üniversite eğitiminin ilk yıllarında beslenme ile ilgili dersler, eğitimler verilmesi ve öğrencilerin bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Öğrencilerin yaklaşık % 60'ı süt içme alışkanlıklarını 0-6 yaş döneminde kazandıklarını belirtmişlerdir. Bu yüzden

aileler, süt ve süt ürünleri tüketimi konusunda eğitilmeli, bilinçlendirilmeli ve çocuklarına erken yaşlarda bu alışkanlığı kazandırmaları sağlanmalıdır.

Probiyotik ilaveli ve oldukça yararlı bir ürün olan kefir hakkında öğrencilerin çok azının bilgi sahibi olduğu, çoğunun kefir ilk kez duyduğu gözlenmiştir. Tedavi edici etkilerinin yanı sıra, koruyucu etkileri nedeniyle probiyotik ürün tüketimi teşvik edilmeli, diyetisyenler ve beslenme uzmanları tarafından halk bilinçlendirilmelidir. Üretici firmalar tarafından tanıtıcı çalışmalar yapılabilir.

Öğrencilerin % 71,7'si süt ve süt ürünleri tüketimi konusunda yapılan reklam ve propaganda çalışmalarını yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir. Bu yüzden bu konuda daha fazla çalışmalar yapılmalı, eğitimler, seminerler ve çarpıcı reklamlar düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Şimşek O, Çetin, C. ve Bilgin B. (2005). İstanbul İlinde İçme Sütü Tüketim Alışkanlıkları ve Bu Alışkanlıkları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma, Tekirdağ Ziraat Fakültesi Dergisi, 2(1): 23-35
2. Yıldız N. (2009). Altı – On Dört Yas Grubu Çocukların Süt Tüketim Durumu, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
3. Topbaş Bıyıklı E. (2011). Konya İli 10-15 Yaş Aralığındaki İlköğretim Öğrencilerinde Süt Ve Süt Ürünleri Tüketim Alışkanlığı, Laktöz Sindirim Güçlüğü Ve İntoleransı Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çocuk Gelişimi Ve Ev Yönetimi Eğitimi Anabilim Dalı Beslenme Eğitimi Bilim Dalı, Konya.
4. Tarakçı Z, Selçuk Ş, Şahin K, Coşkun, H. (2003). Üniversite Öğrencilerinin İçme Sütü Tüketim Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Ziraat Fakültesi, Tarım Bilimleri Dergisi, 13 (1): 15-21.
5. Şimşek B, ve Açıkgöz İ. (2011). Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin İçme Sütü Tüketim Alışkanlıklarının Belirlenmesi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tarım Bilimleri Dergisi, 21(1): 12-18.
6. Sarıözkan S, Cevger Y, Demir P, Aral Y. (2007). Erciyes Üniversitesi Veteriner Fakültesi öğrencilerinin hayvansal ürün tüketim yapısı ve alışkanlıkları. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences), 16 (3): 171-179.
7. Durmaz H, Sağun E, Tarakçı Z. (2002). Yüksekökol Öğrencilerinin İçme Sütü Tüketim Alışkanlıkları, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi, 13 (2): 69-73.
8. Karagözlü N, Karagözlü C, Karaca S, Eren S. (2005). Üniversite Öğrencilerinde Süt ve Ürünleri Tüketim Alışkanlıkları ve Beslenme Bilinçleri Üzerine Bir Araştırma, Celal Bayar Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Örneği, C.B.Ü Fen Bilimleri Dergisi, 101-108.
9. Mortaş M, Yazıcı F, Dervişoğlu M. (2011). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisans Öğrencilerinin Süt ve Süt Ürünleri Tüketim Alışkanlıkları, Samsun Sempozyumu.
10. Çetinkaya A. (2010) Kafkas Üniversitesi Öğrencilerinin İçme Sütü Ve Süt Ürünlerini Tüketim Alışkanlıklarının Belirlenmesi, Atatürk Üniv Vet Bil Derg 5: 73-84.
11. Uzunöz M, Gülşen M. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Süt ve Süt Ürünleri Tüketim Alışkanlıklarının Belirlenmesi, Gıda Teknolojileri Elektronik Dergisi, 3: 15-21.
12. Şeker İ, Şeker P, Şahin M, Özen VS, Akdeniz A, Erkmen O, Kışlalıoğlu İ, Sargın G, Doğu GB. (2012). Elazığ İli Merkez İlçede Tüketicilerin Süt Tüketim Alışkanlıkları ve Bu Alışkanlıkları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, F. Ü. Sağ. Bil. Vet. Derg. 26 (3): 131-143.

Kadınların Meme Kanserine Yönelik Bilgi, Davranış ve Uygulamalarının İncelenmesi

Investigation Of The Knowledge, Behavior And Applications Of Their Women Towards Breast Cancer

Rabia SOHBET¹, Fatma KARASU²

ÖZET

Araştırma bir grup kadının meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarını incelemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın evrenini 2014 yılı Ekim-Kasım tarihleri arasında Gaziantep'de bir belediyeye bağlı beş sosyal tesiste bulunan 35 yaş ve üstü kadınlar (280 kadın) oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş ve evrenin tamamı araştırmaya dahil edilmiştir. Toplam 233 kadınla araştırma yürütülmüştür. Veri toplama aracı ilgili literatür taranarak oluşturulmuş, anket formunda kadınların sosyo-demografik değişkenlerine ilişkin (9 soru) sorular ve meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarına ilişkin (20 soru) sorulardan oluşturulmuştur. Çalışma için gerekli kurumsal izinler alınmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 18 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel hesaplamalar için sayı, frekans, yüzdelik, ortalama, Pearson Chi-Square testleri kullanılmıştır. Kadınların yaş ortalaması 43,0±7,37; %39,5'inin ilköğretim mezunu; %88,4'ünün evli, %27,5'inin sigara kullandığı; %26,2'sinin ailesinde meme kanseri öyküsünün olduğu; %28,8'inin sağlık personelinde meme kanseri hakkında bilgi aldıkları; %18,9'unun memeden kan gelmesi ve %13,9'unun memede kitle tespiti meme kanseri belirtileri içinde ilk sırada ifade ettikleri; %48,5'inin KKMM yapmayı bilmediği; KKMM yapanların %21,5'inin ayda bir kez yaptığı; %13,7'sinin KKMM'yi doğru zamanda yaptığı; %25,3'ünün KKMM'nin gerekliliğine inandığı belirlenmiştir. Kadınların KKMM yapma zamanı ve sıklığına göre KKMM'nin gerektiğine inanma arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p< 0,05). Kadınların her ne kadar meme kanseri konusunda bilgilerini yeterli bulsalar da erken tanı uygulamalarını yapmadıkları ve bu uygulamalardan KKMM'nin gerekliliğine inanma oranının istenilen düzeyde olmadığı saptanmıştır. Meme kanseri için etkili bir tanı yöntemi olan KKMM'nin gerekliliğine inanma ve KKMM'nin doğru zamanda ve sıklıkta uygulanması arasında geniş bir açıklık saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi, Kadınlar.

ABSTRACT

The study was conducted to investigate the knowledge, behavior and application of a group of women towards breast cancer. The universe of the descriptive research was composed of 35-years old women and over (280 women) who had five social facility in a municipality subsidiary to city in Gaziantep between October-November 2014. The sample selection was not made and entire universe was included in the research. The research was conducted with a total of 233 women. The data collection tool was constructed by searching the related literature and the questionnaire was composed of questions about socio-demographic variables of women (9 questions) and information, behaviors and applications about breast cancer (20 questions). Necessary institutional permissions were obtained for the study. SPSS 18 package program was used to evaluate the obtained data. Number, frequency, percentage, mean, Pearson Chi-Square tests were used for statistical calculations. It was determined in the study that the average age of women is 43.00 ± 7.37; 39.5% were primary school graduates; 88.4% were married, 27.5% were using cigarettes; 26.2% had breast cancer stories in their family; 28.8% of them received information about breast cancer from health personnel; 18.9% of them were in the bloodstream and 13.9% expressed in the first rank in breast cancer symptoms in breast mass detection; 48.5% did not know how to do the breast self examination; 21.5% of those who are involved in the breast self examination do this once a month; 13.7% made the breast self examination at the right time; 25.3% believed that the breast self examination needed it. It was found that the difference between the believing the breast self examination to be necessary according to the timing and frequency of the breast self examination by women was statistically significant (p<0.05). Although women found their knowledge of breast cancer to be adequate, they did not make early diagnosis and it was determined that the rate of believing that breast self examination was not as desirable as these applications. It was determined that there is large opening between believing breast self examination which is an effective diagnostic method for breast cancer is necessary, and application of breast self examination at the right time and frequency.

Keywords: Breast Cancer, The Breast Self-Examination, Women.

¹Yrd. Doç. Dr. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
²Öğr. Gör. Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

GİRİŞ VE AMAÇ

Meme kanseri tüm dünyada kadınlar arasında ölümlerin en sık nedenidir.¹ 2012 yılında Dünyada 1,7 milyon kadın meme kanseri tanısı almıştır.² 2008'den beri meme kanser insidansı %20'den daha fazla artış göstermekle birlikte mortalite %14 oranında yükselmiş durumdadır. 2012 yılında meme kanserinden ölen kadın sayısı 522.000'dir ve Dünyadaki 184 ülkenin 140'ın da kadınlar en sık olarak meme kanseri tanısı almıştır. Günümüzde kadınlarda tüm kanserlerin dörtte birini meme kanseri oluşturmaktadır.³

Meme kanseri tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de kadınlar arasında en sık görülen kanser türlerinden biridir.⁴ Meme kanseri her dört kadından birinde ortaya çıkmaya devam etmektedir. Tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımlarında %24,6 oranında birinci sırada meme kanseri yer almaktadır.^{5,6}

Meme kanseri riskini artıran birçok faktör vardır. Kadın olmak, yaş, ailede meme kanseri öyküsü, erken başlayan menstural siklus, total menstural aktivitenin uzaması, geç menapoza girmek, geç doğum yapma, çocuk sahibi olmama, yakın geçmişte uzun süreli oral kontraseptif kullanımı, geçmişte radyasyona maruz kalma, fiziksel aktivite eksikliği, emzirmeme, laktasyonun kısa sürmesi östrojene maruz kalan süreyi kısalttığı için önemli risk faktörleridir. Ayrıca çevre kirliliği, sigara, alkol, düşükler, çevresel kaynaklı kimyasal maddelere maruz kalma ve yüksek yağ içeren diyet meme kanserinin gelişmesinde rol oynadığı düşünülmektedir.^{7,8}

Bir kadının yaşamı boyu meme kanserine yakalanma olasılığının yüksek olduğu belirtilmektedir.⁹ Bu nedenle, kanserin tedavisini kolaylaştırmak yaşam süresini uzatmak için erken tanı son derece önemlidir. Meme kanserinin erken tanısında; tarama programı kapsamında yer alan meme muayenesi için hekime gitme, mamografi çekirme ve kendi kendine meme muayenesi

(KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) önemli bir yere sahiptir.^{10,11}

Meme kanseri erken tanı rehberine göre 40 yaşından sonra kadının yıllık olarak mamografi, klinik meme muayenesi yaptırmayı ve düzenli olarak aylık KKMM yapması, 20-40 yaş arasındaki kadınların her üç yılda bir klinik meme muayenesi yaptırmayı ve düzenli olarak aylık KKMM yapması önerilmektedir.¹² KKMM uygulaması daha çok kadınların memelerindeki değişikliklerin farkında olmaları için önemlidir. Çünkü meme kanseri vakalarının büyük çoğunluğunun hasta tarafından tespit edildiği bilinmektedir.^{13,14}

Kadınlara klinik meme muayenesi, mamografi ve KKMM'nin ne denli önemli olduğunun anlatılması, kadınların rutin klinik meme muayenesi yaptırmasını, mamografi çekirtmesini ve KKMM sonucu tespit ettiği herhangi bir değişimde zaman kaybetmeden sağlık kurumuna gitmesini sağlayacaktır.⁶

Meme kanseri erken tanı yöntemlerin uygulama sıklığı birçok etkene bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bu etkenler sosyo-demografik özellikler ve kültürdür. Kadınların sağlık inançları meme kanseri taramalarını etkileyen en önemli faktör arasında olduğu bildirilmektedir.^{15,16}

Hemşireler Dünyanın birçok ülkesinde sağlıklı/hasta bireyin sağlık eğitiminde yer almaktadır. Kadınlara meme kanserinden korunma sürecinde ve KKMM alışkanlığı kazandırma da hemşirelere önemli rol ve sorumluluk düşmektedir.¹⁷ Erken tanı için uygulanacak programların başarıya ulaşabilmesi için hedef kitlede farkındalığın artmasını sağlayacak etkin eğitim programlarının yaygınlaştırılması ve bireylere sağlıklı davranışlar kazandırılması gerekmektedir. Bu araştırma; kadınların meme kanserine yönelik bilgi, davranışlarını ve kendi kendine meme muayenesi uygulamalarını incelemek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2014 yılı Ekim-Kasım tarihleri arasında Gaziantep'te bir belediyeye bağlı beş sosyal tesiste bulunan 35 yaş ve üstü 280 kadın oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş ve evrenin tamamı alınmıştır. 2014 yılı Ekim-Kasım tarihleri arasında sosyal tesise gelen toplam 233 kadına ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından ilgili literatürler taranarak anket formu oluşturulmuş ve kullanılmıştır. Anket formu kadınların sosyo-demografik değişkenlerine ilişkin (9 soru) sorular ve meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarına ilişkin (20 soru) sorulardan oluşturulmuştur. Anket formunda toplam 29 soru bulunmaktadır.

Etik Yönu

Çalışma için gerekli kurumsal izinler alınmıştır. Kadınlara araştırmanın amacı açıklanarak sözel onamları alınmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, 2014 yılı Ekim-Kasım tarihleri arasında sosyal tesislere gelen 35 yaş ve üstü kadınlara yüz yüze anket formu uygulanarak veriler toplanmıştır. Anket formunun uygulanması yaklaşık olarak 15 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical packet for Social Sciences for Windows 18) paket programı kullanılmıştır. İstatistik hesaplamalar için sayı, frekans, yüzdeler, ortalama ve değişkenler arasındaki ilişki için Pearson Chi-Square testleri kullanılmıştır. Anket formunda yer alan açık uçlu sorulara verilen yanıtlar gruplandırılarak değerlendirilmeye alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılan kadınların yalnızca 2014 yılı Ekim-Kasım tarihleri arasında sosyal tesislere gelen ve 35 yaş ve üstü kadınlar olması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $43,00 \pm 7,37$; memleketi %67,3'ünün Güneydoğu Anadolu, %15,0'inin Akdeniz, %6,9'unun Doğu Anadolu bölgesi; %39,5'inin ilkokul, %19,3'ünün ortaokul, %21,5'inin lise, %19,7'sinin üniversite mezunu; %88,4'ünün evli, %11,6'sının bekar; %83,1'inin sosyal

güvencesinin olduğu, %6,9'unun olmadığı; %56,7'sinin geliri gidere denk, %31,3'ünün geliri giderden az, %12,0'inin gelirinin giderden fazla; %27,5'inin sigara kullandığı, %72,5'inin sigara kullanmadığı; %6,4'ünün alkol kullandığı, %93,6'sının alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Tablo 1. Kadınların Meme Kanseri ve Korunma Yöntemlerine Yönelik Bilgi, Davranış ve Uygulamalarının Dağılımı

	Sayı	%
Ailede Meme Kanseri Öyküsü		
Evet	61	26,2
Hayır	172	73,8
Kendisinde Meme Kanseri Öyküsü		
Var	21	9,0
Yok	212	91,0
Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi Sahibi Olma		
Yeterli	50	21,5
Kısmen	121	52,9
Bilgisi olmayan	62	26,6
Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi Kaynağı		
Bilgisi olmayan	62	26,6
Sağlık personeli	67	28,8
Kitle iletişim araçları	58	24,9
Aile ve arkadaşlar	46	19,7
KKMM Yapmasını Bilme		
Bilen	120	51,5
Bilmeyen	113	48,5
KKMM Yapma Sıklığı		
Ayda bir kez	50	21,5
Diğer*	183	78,5
KKMM Yapma Zamanı		
Adetin 5.-7. günleri arasında	32	13,7
Diğer**	201	86,3
KKMM Hakkındaki Bilgi Kaynağı		
Bilgisi olmayanlar	113	48,5
Sağlık personeli	58	24,9
Kitle iletişim araçları	36	15,5
Aile ve arkadaşlar	26	11,2
KKMM'nin Gerekliğine İnanma		
Evet	59	25,3
Hayır	174	74,7
KKMM Eğitimi Almak İsteme		
Evet	161	69,1
Hayır	72	30,9
KMM Yaptırma		
Evet	36	15,5
Hayır	197	84,5
Mamografi Çektiren		
Evet	46	19,7
Hayır	187	80,3
Mamografi Çektirirken Utanma		
Evet	110	47,2
Hayır	123	52,8
Utanma Duygusunun Mamografi Çektirmeye Etkisi		
Engel oluyor	52	22,3
Engel olmuyor	181	77,7
Momografiyi Çeken Sağlık Personeli Cinsiyetinin Önemi		
Cinsiyet sorun	124	53,2
Cinsiyet sorun değil	109	46,8
Toplam	233	100,0

*Diğer: Ayda birden seyrek yapan ve hiç yapmayan

**Diğer: Yanlış günlerde yapan ve hiç yapmayan

Kadınların ilk adet yaş ortalaması 13,5±1,4 (min:11, max: 18); %89,4'ünün çocuğunun olduğu, %10,6'sının çocuğunun olmadığı; %43,3'nün 17-20, %43,3'ünün 21-

30, %3,4'ünün 31-44 yaş aralığında ilk çocuklarına sahip; %33,9'unun 0-6 ay, %29,2'sinin 7-12 ay, %13,7'sinin 13-18 ay, %12,1'inin 19-24 ay arasında çocuk emzirdiği, %11,2'sinin çocuk emzirmedeği; %60,1'inin menstruasyon döngüsü düzenli, %39,9'unun düzensiz; %34,3'ünün oral kontraseptif kullandığı, %65,7'sinin kullanmadığı; %12,4'ünün 46-55, %9,0'ının 24-45 yaş aralığında menapoza girdiği saptanmıştır.

Katılımcıların %26,2'sinin (61 kadın) ailesinde meme kanseri öyküsü olduğu ve %9,0'ının (21 kadın) kendisinde daha önceden meme kanseri tanısı aldığı belirlenmiştir (Tablo 1). Alpteker ve Avcı'nın (2010) yaptıkları çalışmada kadınların %4,7'sinin ailesinde meme kanseri olan biri olduğu ve yalnızca bir tanesinin (%0,7) şu anda meme kanseri olduğu belirlemiştir.⁹ Aile öyküsü ve meme kanseri ilişkisi önemli ve araştırılan bir durumdur. Yapılan çalışmalar da bu durumu destekler niteliktedir. Ailesinde meme kanseri olanlarda meme kanseri olma riskinin yüksek olacağı belirtilmektedir. Katılımcıların %74,4'ünün yeterli ve kısmen de olsa meme kanseri hakkında bilgi sahibi olsa da KKMM'nin gerektiğine inanma oranı (25,3) düşük bulunmuştur (Tablo 1). Göçgeldi ve ark. (2008) yaptığı çalışmada kadınların KKMM'nin gerektiğine inanma oranı %87,7 olarak saptamıştır.¹⁸ Yapılan çalışmalarda sağlık inançları meme kanseri taramalarını etkileyen en önemli faktör olarak bildirilmektedir.¹⁹ KKMM uygulamasını erken tanı için uygulanacak programların başarıya ulaşabilmesi için hedef kitlede farkındalığın artmasını sağlanmalıdır.

Kadınların meme kanseri ve KKMM hakkındaki bilgilerini ilk sıralarda sağlık personeli ve daha sonra kitle iletişim araçlarından edindikleri saptanmıştır (Tablo 1). Göçgeldi ve ark. (2008) yaptığı çalışmada kadınların KKMM hakkındaki bilgilerinin kaynakları arasında sağlık personeli (%37,3) ve televizyon/gazete (%34,3) olarak ilk sıralarda yer aldığını belirlemiştir.¹⁸ Aslan ve Şahin'in (2006) yaptığı çalışmada kadınların KKMM'yi öğrendikleri

kaynakların %32,0'nin sağlık personeli ve %21,5'inin televizyon programları olduğunu belirlemişlerdir.²⁰ Sağlık çalışanları çalışmamızda ve diğer çalışmalarda yüksek bulunmuştur. Özellikle kadınlarla yakın temas halinde olabilen, sağlık çalışanlarının meme sağlığına yönelik olarak daha geniş kadın kitlelerine ulaşmalarının önemi ortaya çıkmaktadır. Kitle iletişim araçlarına günümüzde daha kolay ulaşılabilir olması bilgi kaynağı olarak yüksek oranda bildirilmesini açıklamaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların yarısından fazlasının KKMM yapmayı bildiklerini ifade etmelerine karşılık sadece 50 kişinin ayda bir kez yaptığı ve 32 kişinin ise KKMM'yi doğru zamanda yaptığı saptanmıştır (Tablo 1). Göçgeldi ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada kadınların %29,2'si KKMM konusunda kendilerini yeterli gördüklerini, %28,9'unun KKMM ayda bir defa yaptıklarını ve %35,5'inin KKMM'yi doğru zamanda yaptığını belirlemiştir.¹⁸ Alpteker ve Avcı'nın (2010) yaptıkları çalışmada kadınların %71,3'nun KKMM yapmayı bilmediği, %72,0'nin ise KKMM yapmadıkları saptanmıştır.⁹ Bu çalışmalarla çalışmamız karşılaştırıldığında KKMM'yi bilme, uygulama sıklığı ve doğru zamanda uygulamaları istendik düzeyde bulunmamıştır. KKMM'nin uygulanma oranının artırılmasında da eğitim programlarının önemi tartışılmaz bir gerçektir. Yalnız bu eğitimleri planlarken KKMM'nin uygulamalı olarak yapılmasının eğitimin etkinliğini artıracak yönündeyiz.

Kadınların %15,5'inin KMM yaptırdığı ve %19,7'sinin mamografi çektiği tespit edilmiştir (Tablo 1). Çeşitli çalışmalarda kadınların KMM yaptırma oranları %30-80 arasında değişik oranlarda bildirilmiştir. Başak'ın yaptığı çalışmada kadınların %8,1'nin KMM yaptırdığını saptamıştır.²¹ Çalışmamız 35 yaş ve üzeri kadın grubu dahil edilmesine rağmen görülmektedir ki

KMM yapılması düşük seviyededir. Oysaki, memede bulunan kitlelerin tanısında KKM ve mamografi önemli rol oynamaktadır.²² Kadınların tarama amacıyla değil de şikayetleri olduğunda KKM yaptırdığı ve mamografi çektiği sonucunu ortaya koymaktadır.

Kadınların yaklaşık yarısı mamografi çektirirken utandığı ve büyük bir kısmının utanma duygusunun mamografi çekirmeye etkisinin olduğunu ifade ederken, kadınların yarısından fazlasının mamografi çeken sağlık personelin cinsiyetinin kendileri için önemli olduğunu ifade etikleri belirlenmiştir (Tablo 1). Bireyin kültürel inançları, sağlık / hastalık algısı ve aile desteği gibi bir takım faktörlerin hastalıkların erken dönemde tanılanmasında önemlidir.

Kadınların bu çalışmada KKMM yapma sıklığı %21,5 olarak bulunmuştur (Tablo1). Çalışmamızda katılımcıların KKMM'yi yapma sıklıkları Göçgeldi ve ark. yaptığı çalışmaya (%23,3) göre daha düşük bulunmuştur.¹⁸ Bu değerler her iki çalışmada da istendik seviye değildir.

Kadınların meme kanseri belirtisi olarak memeden kan gelmesi, memede kitle, meme ucunda renk değişimi ve memede akıntıyı ilk sıralarda ifade ettikleri ve %9,9'unun meme kanseri belirtilerini bilmediği saptanmıştır (Tablo 2). Parlar ve ark. yapmış olduğu çalışmada kadınların meme kanseri belirtisi olarak kitle, memede büyüme, kanlı akıntı, memede çukurlaşmayı ilk sıralarda ifade ettiklerini saptamışlardır.²³ Yapılan çalışmalarda benzer belirtilerin ifade edildiği görülmektedir. Kadınlar meme kanseri belirtilerini kitle iletişim araçlarından, sağlık personellerinden, aile/akraba/arkadaşlarından duymaktadırlar. KKMM yapabilmemesinin yanı sıra meme kanseri belirtilerini de bilmesi önem teşkil etmektedir.

Tablo 2. Kadınların İfade Ettikleri Meme Kanseri Belirtileri ve KKMM Yapmama Nedenleri Dağılımı

	Sayı	%
Meme Kanseri Belirtisi Olarak İfade Edilenler*		
Memede kitle	48	13,9
Memede şişlik	27	7,8
Memede büyüme	20	5,8
Memede akıntı	36	10,4
Memedden kan gelmesi	65	18,9
Meme ucunda renk değişimi	38	11,0
Meme ucunun içe çökmesi	24	7,0
Koltuk altında şişme	27	8,0
Koltuk altında kitle	25	7,3
Bilmiyorum	34	9,9
KKMM Yapmama Nedenleri		
Ailenizde ve yakın çevrenizde meme kanseri tanısı alan kişilerin olmaması	24	10,3
Daha önemli sorunlarınızın olması	2	0,9
Uğraşmak istememeniz	11	4,7
Bir şey bulmaktan korkmanız	42	18,0
Meme kanserini yaşlı hastalarda olacağını düşünmeniz	8	3,4
Meme kanserinin sizde olmayacağını düşünmeniz	17	7,3
İhtiyaç duymamanız	4	1,8
Zamanınızın olmaması	5	2,1
Sağlığınıza yeterli özeni göstermemeniz	7	3,0
Bilmiyor olmanız	113	48,5

*Birden fazla cevap verilmiştir.

KKMM yapmama nedenleri arasında bir şey bulmaktan korkma, ailenizde ve yakın çevrede meme kanseri tanısı alan kişilerin olmaması ve meme kanserinin kendisinde olmayacağını düşünme ilk sırada yer almaktadır (Tablo 2). Aslan ve Şahin'in kadınlarla yaptığı çalışmada kadınların %11,7'sinin bir şey bulmaktan korktukları, %22'sinin KKMM'yi yapmayı unuttuğunu, %6,5'inin ise yardımcı olduğuna inanmadığı için KKMM muayenesi yapmadığını saptamışlardır.²⁰ Gök ve ark. yaptığı çalışmada KKMM'yi yapmama nedeni olarak %17,8'inin kötü bir şey çıkmasından

korktuğu, %17,8'inin unutkanlık ve %37,7'sinin üşenmek/zor geldiği için KKMM yapmadığını belirlemiştir.²⁴ KKMM yapmama nedenleri açısından çalışmamız bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Çalışma meme muayenesi yapmayı etkileyen faktörlerin genellikle aynı olduğunu ve kadınların bu konunun ne kadar önemli olduğunun farkında olmadıklarını ortaya koymaktadır. Bunun nedeni verilen eğitimlerin eksikliği, meme kanseri olamayacaklarını düşünmeleri ve bu konuya gereken önemi vermemeleri olabilir.

Tablo 3. Kadınların Bazı Özelliklerine Göre KKMM'yi Yapma Sıklığı ve Yapma Zamanının Karşılaştırılması (n= 233)

	KKMM Yapma Sıklığı		KKMM Yapma Zamanı	
	Ayda Bir Yapan	Diğer*	Adetin 5-7. Günleri Arasında	Diğer**
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Yaş				
35-44 yaş	30 (60,0)	105 (57,4)	18 (56,2)	117 (58,2)
45 ve üzeri yaş	20 (40,0)	78 (42,6)	14 (43,8)	84 (41,8)
	*** $\chi^2=0,111$	p=0,735	$\chi^2=0,043$	p=0,835
Eğitim				
İlkokul mezunu	19 (38,0)	73 (39,9)	12 (37,5)	80 (39,8)
Ortaokul mezunu	7 (14,0)	38 (20,8)	4 (12,5)	41 (20,4)
Lise ve üzeri	24 (48,0)	72 (39,3)	16 (50,0)	80 (39,8)
	$\chi^2=1,680$	p=0,432	$\chi^2=1,626$	p=0,444
Medeni Durum				
Evli	9 (18,0)	18 (9,8)	6 (18,8)	21 (10,4)
Bekar	41 (82,0)	165 (90,2)	26 (81,3)	180 (89,6)
	$\chi^2=2,555$	p=0,110	$\chi^2=1,857$	p=0,173
Sigara kullanma				
Evet	14 (28,0)	50 (27,3)	9 (28,1)	55 (27,4)
Hayır	36 (72,0)	133 (72,7)	23 (71,9)	146 (72,6)
	$\chi^2=0,009$	p=0,924	$\chi^2=0,008$	p=0,929
İlk Adet Yaşı				
11-14 yaş	42 (84,0)	135 (73,8)	25 (78,1)	152 (75,6)
15 ve üzeri yaş	8 (16,0)	48 (26,2)	7 (21,9)	49 (24,4)
	$\chi^2=2,251$	p=0,134	$\chi^2=0,095$	p=0,758
İlk Doğum Yaşı****				
Çocuğu olmayan	7 (14,0)	16 (8,7)	5 (15,6)	18 (9,0)
29 ve altı	41 (82,0)	156 (85,3)	27 (84,4)	170 (84,5)
30 ve üzeri	2 (4,0)	11 (6,0)		13 (6,5)
	$\chi^2=1,433$	p=0,488	$\chi^2=3,314$	p=0,191
Emzirme süresi				
Çocuğu olmayan	7 (14,0)	19 (10,4)	5 (15,6)	21 (10,4)
11 ay ve daha az emziren	27 (54,0)	115 (62,8)	20 (62,5)	122 (60,7)
12 ay ve daha fazla emziren	16 (32,0)	49 (26,8)	7 (21,9)	58 (28,9)
	$\chi^2=1,348$	p=0,510	$\chi^2=1,160$	p=0,560
Oral Kontraseptif Kullanımı				
Evet	11 (22,0)	69 (37,7)	7 (21,9)	73 (36,3)
Hayır	39 (78,0)	114 (62,3)	25 (78,1)	128 (63,7)
	$\chi^2=4,296$	p=0,038	$\chi^2=2,554$	p=0,110
Mestural Döngü				
Düzenli	33 (66,0)	107 (58,5)	22 (68,8)	118 (58,7)
Düzensiz	17 (34,0)	76 (41,5)	10 (31,2)	83 (41,3)
	$\chi^2=0,928$	p=0,335	$\chi^2=1,161$	p=0,281
Ailesinde Meme Kanseri Öyküsü				
Evet	13 (26,0)	48 (26,2)	5 (15,6)	56 (27,9)
Hayır	37 (74,0)	135 (73,8)	27 (84,4)	145 (72,1)
	$\chi^2=0,001$	p=0,974	$\chi^2=2,138$	p=0,144
Daha Önce Meme Kanseri Tanısı Alma				
Evet	3 (6,0)	18 (9,8)	1 (3,1)	20 (10,0)
Hayır	47 (94,0)	165 (90,2)	31 (96,9)	181 (90,0)
	$\chi^2=0,705$	p=0,401	$\chi^2=1,568$	p=0,210
Meme Kanseri Hakkında Bilgi Sahibi Olma				
Yeterli	30 (60,0)	20 (10,9)	19 (59,4)	31 (15,4)
Kısmen	16 (32,0)	105 (57,4)	10 (31,2)	111 (55,2)
Bilgisi olmayan	4 (8,0)	58 (31,7)	3 (9,4)	59 (29,4)
	$\chi^2=57,221$	p=0,001	$\chi^2=32,046$	p=0,001
KKMM Yapmasını Bilen				
Evet	47 (94,0)	73 (39,9)	31 (96,9)	89 (44,3)
Hayır	3 (6,0)	110 (60,1)	1 (3,1)	112 (55,7)
	$\chi^2=46,032$	p=0,001	$\chi^2=30,574$	p=0,001

*Diğer: Ayda birden seyrek yapan ve hiç yapmayan

**Diğer: Yanlış günlerde yapan ve hiç yapmayan

*** χ^2 =Pearson Chi-Square testi

Kadınların yaş grupları, eğitimi, medeni durum, sigara kullanma, ilk adet yaşı, ilk doğum yaşı, emzirme süresi, mestural döngüsü, ailesinde meme kanseri öyküsü ve daha önce meme kanseri tanısı alma durumlarına göre KKMM yapma zamanı ve sıklıkları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 3). KKMM 20 yaşından sonra her kadın tarafından evinde tek başına kolaylıkla uygulanabilecek, kısa sürede erken tanıya yönlendirebilecek, maliyet gerektirmeyen bir muayene yöntemidir. Meme kanseri olgularında, memedeki kitlenin ilk önce kadın tarafından bulunduğu dikkate alındığında KKMM'nin meme kanserinin erken tanısı için önemlidir.²⁵ Ancak çalışmamızda yaş artıça KKMM yapmada artış olması beklenirken azalma görülmektedir. Eğitim seviyesi artıça KKMM yapma sıklığı ve doğru zamanda KKMM yapma da bir miktar artış

gözlenmiştir. Ayrıca medeni durum, sigara kullanma, ilk adet yaşı, ilk doğum yaşı, emzirme süresi, mestural döngü, ailesinde meme kanseri öyküsü ve daha önce meme kanseri tanısı alan meme kanseri risk faktörlerini taşıyanlarda doğru zamanda ve sıklıkta KKMM yapmalarının yüksek bulunmayışı dikkat çekici bir bulgu olarak gösterilebilir.

Kadınların oral kontraseptif kullanımına göre KKMM yapma sıklığı arasındaki farklılık ve meme kanseri hakkında bilgi sahibi olmalarına göre KKMM yapma sıklığı ve zamanı arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 3). Oral kontraseptif kullanımı meme kanseri risk faktörlerinden birisidir. Kadınların meme kanseri ve KKMM hakkında bilgi düzeylerini yükseltmek, KKMM yapma sıklığı ve zamanını olumlu yönde etkilemektedir.

Tablo 4. Kadınların KKMM'yi Yapma Sıklığı ve Yapma Zamanına Göre KKMM'nin Gerekliliğine İnanma Durumu Karşılaştırılması (n= 233)

	KKMM'nin Gerekliliğine İnanma				İstatistiksel Değer***
	Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%	
KKMM Yapma Zamanı					
Adetin 5.-7. günleri arasında yapan	28	47,5	4	2,3	$\chi^2=75,840$
Diğer*	31	52,5	170	97,7	p=0,001
KKMM Yapma Sıklığı					
Ayda bir yapan	34	57,6	16	9,2	$\chi^2=61,319$
Diğer**	25	42,4	158	90,8	p=0,001

*Diğer: Yanlış günlerde yapan ve hiç yapmayan, **Diğer: Ayda birden seyrek yapan ve hiç yapmayan
*** χ^2 =Pearson Chi-Square testi

Kadınların KKMM yapma zamanı ve sıklığına göre KKMM'sinin gerektiğine inanma arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4). Meme kanseri erken tanı yöntemlerinin uygulamaları birçok etkene bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bu etkenler içerisinde en önemlilerden biri sağlık

inançlarıdır.²⁶ Bireyin meme kanseri erken tanısına ilişkin davranışlarını (KKMM yapma sıklığı ve zamanı) başarılı bir şekilde yapabilmesi için sağlığa zarar veren olumsuz davranışlardan bireyi koruyup, sağlığını olumlu yönde geliştiren davranışlar kazandırması ve bu konunun önemi üzerinde durulması gerekir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınların her ne kadar meme kanseri konusunda bilgilerini yeterli bulsalar da erken tanı uygulamalarını yapmadıkları ve bu uygulamalardan KKMM'nin gerekliliğine inanma oranının istendik düzeyde olmadığı; meme kanseri ve KKMM hakkındaki

bilgilerinin büyük bir kısmını sağlık personeli ve kitle iletişim araçlarından edindikleri saptanmıştır.

Meme kanseri için etkili bir tanı yöntemi olan KKMM'sinin gerekliliğine inanma, KKMM doğru zamanda ve sıklıkta uygulama

arasında geniş bir açıklık tespit edilmiştir. Bunun azaltılmasına yönelik eğitim programların artırılması gerekmektedir. KMM yaptırma, mamografi çektirme ve KKMM yapma sıklığı düşük seviyede bulunmuştur. Risk faktörlerini taşıyanlarda doğru zamanda ve sıklıkta KKMM yapmalarının yüksek bulunmayışı dikkat çekici bir bulgu olarak gösterilebilir.

Doğru eğitimi vermek ve kadınların farkındalığını artırmak amacıyla sağlık personelleri tarafından, sağlık hizmeti almak ve sosyal açıdan kendilerini geliştirmek için gittikleri kuruluşlarda kadınların her fırsatta bilgilendirilmesi gerekmektedir. Düzenlenen eğitimlerin uygulamalı olması, belirli aralıklarla eğitimlerin tekrarlanması, eğitimlerde görsel araçlara yer verilmesi ve broşürlerin dağıtılması bilgilerin daha kalıcı olmasına yardımcı olabilir.

KAYNAKLAR

1. Drageset, S., Lindström, T.C., Giske, T., Underlid, K. (2011). Being in suspense: Women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 1-11.
2. Gençtürk, N. (2015). Breast self-examination knowledge and practice level of female health care professionals who work in Istanbul. *HSP*. 2(2):209-216.
3. International Agency for Research on Cancer. Latest world cancer statistics Global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012: Marked increase in breast cancers must be addressed. http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf (Access Date: 07.10.2016)
4. Erkin, Ö. ve Ardahan, M. (2014). Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi'nin yıllardaki tarihi. *Lokman Hekim Journal*. 4(3):22-28.
5. Kanserle Savaş Daire Başkanlığı: http://kanser.gov.tr/Dosya/2016_Haberler/kanser_insidanslari_2013_kisa_rapor.pdf
6. Alpteker, H., Gümüş, D., Doğan, S., Bilir, S., Önal, M. (2011). Kız öğrencilerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *The Journal of Breast Health*. 7(3):176-181.
7. Gök Özer, F., Beydağ, K.D., Özbay, C. (2009). Hemşirelik öğrencilerinin meme kanseri hakkındaki bilgileri ve meme muayenesini uygulama durumları. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 1(1):15-19.
8. Uzun, Ö., Karabulut, N., Karaman, Z. (2004). Hemşirelik öğrencilerinin KKMM ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 7: 33-41.
9. Alpteker, H., ve Avcı, A. (2010). Kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2(2):74-79.
10. Erkoç, A., Oran, F., Yorulmaz, H. (2011). Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi durumlarına eğitimin etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 7(2):101-105.
11. Karadağ, M. (2010). Bir sağlık yüksekokulundaki öğrencilerin kendi kendine meme muayenesi davranış ve inançlarının belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2(1):1-10.
12. Smith, R.A., Saslow, D., Sawyer, K.A., Burke, W. (2003). American Cancer Society. Guidelines for breast cancer screening: Update 2003. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 53: 141-169.
13. Kum, S., Göksu, A.U., Kelkitli, E., Yücel, İ. (2004). Orta Karadeniz bölgesinde kendi kendine meme muayene sıklığı ve etki eden faktörler. *Türk Onkoloji Dergisi*. 19(1):24-27.
14. Dewal, L. (2006). Testicular and breast self-examination knowledge and practices of certified athletic trainers and the secondary prevention of such cancers in intercollegiate student-athletes. *American Journal of Health Studies*. 21:28-35.
15. Jironjwong, S., and McLennan, R. (2002). Health beliefs, perceived self-efficacy, and self-examination among Thai migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing*. 41(3): 241-249
16. Petro-Nustas, W., and Mikhail, B. Factors associated with breast self-examination among Jordanian women. *Public Health Nursing*. 19(4): 263-271
17. Karpuz, N., ve Çakır, D. Kendi kendine meme muayenesinin meme kanserinin erken teşhisinde önemi. http://www.amasya.edu.tr/media/515091/pdf_derleme_sabuncuo_lu_1_1_1_.pdf (Erişim tarihi:05.10.2016)
18. Göçgeldi, E., Açıkel, C.H., Hasde, M., Aygüt, G., Çelik, S., Gündüz, İ., Karadeniz, Y., Ayas, R., Sahin, E., Deniz, C. (2008). Ankara-Gölbaşı ilçesinde bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma konusundaki tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 13(4): 261-265.
19. Kum S, Göksu AU, Kelkitli E, Yücel İ. (2004). Orta Karadeniz bölgesinde kendi kendine meme muayene sıklığı ve etki eden faktörler. *Türk Onkoloji Dergisi*. 19(1):24-27.
20. Arslan, M., ve Şahin, D.A. (2013). The Effect of planned education on women's knowledge about breast cancer and breast self examination. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E- Dergisi*. 1(1):8-16.
21. Başak, F. (2016). Konya İli, Bozkır ilçesinde meme kanseri tarama ile ilgili bilgi ve davranışların değerlendirilmesi, kesitsel anket çalışması. *Bezmialem Science*. 1:19-24.
22. Seçginli, S. (2011). Meme Kanseri Taraması: Son Yenilikler Neler?. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 10(2): 193-200.
23. Parlar, S., Bozkurt, Ali., Ovayolu, N. (2004). Bir ana çocuk sağlığı merkezine başvuran kadınlara verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili eğitimin değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 8(2): 9-15.
24. Gök, Ö.F., Beydağ, K.D., Özbay, C. (2009). Determination of nursing students' knowledge about breast cancer and how they perform breast examination. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2(1):15-19.
25. Franek, G.A., Nowak-Kaputsa, Z.E., Cabaj, M. (2004). Breast cancer prophylaxis among nurses. *Wiad Lek*. 57:82-4.
26. Nahcivan, N.Ö., ve Seçginli, S. (2003). Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 7 (1):33- 38.

Hastane Afet Ekibinin Afete Hazırlık Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Evaluating the Level of Knowledge of a Hospital Disaster Relief Team about Disaster Preparedness

Gülhan ŞEN¹, Gürkan ERSOY²

ÖZET

Bu çalışmada, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Afet Planı'nda görevlendirilen afet ekibinin hastane afet planına ilişkin bilgi düzeyleri ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın verileri anket formu aracılığı ile Eylül-Ekim 2016 tarihlerinde 140 kişi ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Afet ekibinde yer alan 140 katılımcının 67'si kadın 73'ü erkektir ve 25-58 yaş aralığında yer almaktadırlar. Katılımcıların %57,9'nun hastane afet planı bilgi düzeyi yetersiz, %42,1'nin bilgi düzeyi yeterli bulunmuştur. Katılımcıların hastane afet planı eğitimi alma ($p=0,001$), temel afet bilinci eğitimi alma ($p=0,001$), yangın eğitimi alma ($p=0,028$), KBRN eğitimi alma ($p=0,008$) ve afet tatbikatına katılma durumu ($p=0,056$) ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır. Buna göre eğitim ve tatbikatlara katılan katılımcıların bilgi düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak hastane afet planında görevli bireylerin gönüllülük esasına göre seçilmesinin, eğitimlerin ve tatbikatların sıklaştırılmasının hastane afet planına dair bilgi düzeylerini arttırdığı görülmektedir. Bu nedenle afet öncesi hazırlık döneminde afete hazırlık eğitimleri ve tatbikatları artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Afet, Afet Yönetimi, Hastane Afet Planı

ABSTRACT

Here in this study, we both claimed to evaluate the level of knowledge of the disaster relief team about the ingredient of the Dokuz Eylül University Medical Faculty Hospital Disaster Plan and affecting factors. The data was collected via the questionnaire and was realized face-to-face interviews among 140 volunteers, from September to October 2016. The gender of 140 individuals of the disaster team who participated in this study; 67 women, 73 men and their ages were between 25 to 58. The level of knowledge of 57.9% of participants was insufficient, 42.1% was sufficient. There was a meaningful difference between attendees of the study on behalf of attending the following courses and their level of knowledge (hospital disaster planning course ($p=0.001$), basic disaster awareness course ($p=0.001$), fire course ($p=0.028$), CBRN course ($p=0.008$) and disaster drills ($p=0.056$). It is clear that, knowledge level of participants was significantly higher who formerly attended certain course and disaster drills. Consequently, we decided that selection of the staff that will be in charge of hospital disaster plan should be on voluntary basis and performing both the drills and courses more often should be enable to increase the level of knowledge about the hospital disaster plans.

By the way, at the end of our study we concluded that, both disaster preparedness training courses and drills should be augmented before the disaster strikes.

Keywords: Disaster, Disaster Management, Hospital Disaster Plan

*Bu çalışma 13-15 Mayıs 2016 tarihinde Ankara'da gerçekleştirilen Uluslararası Afet ve Acil Tıp Kongresi'nde özet sözel bildiri olarak sunulmuştur. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden etik kurul izni alınmıştır.

¹Arş.Gör. Dokuz Eylül Üniversitesi, Afet Yönetimi Anabilim Dalı,

²Prof. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ

Afetler doğadaki tüm canlı yaşamını olumsuz etkileyen, fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara sebep olan, ekolojik sistemi bozarak bir başka afet riskini de tetikleyebilen insan kaynaklı ve/veya doğa kaynaklı olaylardır.¹ Türkiye, tektonik oluşumu, jeolojik ve meteorolojik yapısı nedeni ile deprem, sel, heyelan, çığ, kaya düşmeleri, kuraklık gibi bir çok doğal afet riskine açık bir bölgedir.² Bunun yanı sıra yaşanan terör olayları, göç ve kazalar gibi birçok insan kaynaklı afetlerin sayısı ve etkileri de Türkiye’de gittikçe artmaktadır. Araştırmamızın geçtiği İzmir İli ise yoğun nüfus yapısı, almış olduğu göçler, terörist saldırılar ve I. Deprem kuşağında olması sebebi ile afet riskine açık bir bölge konumundadır. Bu nedenle, İzmir’in en büyük hastanelerinden biri olan Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, afetlere karşı dirençli ve hazırlıklı olmak zorundadır.

Afetlerin sebep olduğu etkilerden en çok etkilenen varlık insandır. Sağlık sektörü afetlerden kaynaklı mortalite ve morbidite oranlarını en aza indirebilmek için afet yönetiminde önemli bir role sahiptir. Çünkü her ne olursa olsun, sağlık sektörü hizmetinin kesintiye uğramaması, rutin sağlık hizmetlerine devam etmesi gerekmektedir.³

Nitekim geçmiş yıllarda yaşanan afetlerin hastanelere vermiş oldukları zararlar çok büyük boyutlardadır. Dünya genelinde yaşanan afetlere baktığımızda, 1971 San Fernando-Los Depremi’nde hastanede yatan 50 kişi hayatını kaybetmiş ve büyük hastaneler tamamen boşaltılmıştır. 1972 yılında Managua-Nikaragua Depremi’nde kentteki bütün hastaneler yok olmuştur. 1985 Meksiko-City Depremi’nde iki büyük hastanenin çökmesi sebebi ile 1000 kadar kişi hayatını kaybetmiştir. 2004 yılında Endonezya’da gerçekleşen tsunami nedeni ile 122 hastane hasar görmüştür.⁴ Türkiye’de ise 1992 Erzincan Depremi’nde merkezdeki hastanelerin çoğu ciddi zarar görmüş ve afetzedeler çevre illerdeki hastanelere

götürülmüştür. 17 Ağustos 1999 Marmara Depremi’nde ise İzmit ilindeki 10 kamu hastanesinden biri tamamen, dördü ise kısmen kullanılamaz düzeyde hasar almıştır.⁵ Van Depremi’nde ise üniversite hastanesi kullanılmaz hale gelmiştir. Erciş’te sağlık hizmetleri sahra hastaneleri vasıtasıyla verilmiştir.⁶ Verilen örneklerden de anlaşıldığı üzere afetlere karşı güvenli hastanelerin inşası, hastane afet planlarının hazırlanması ve uygulanabilirliği çok önemlidir. Bunun içinse sadece afetlerde yara sorma politikası değil, modern afet yönetiminin birincil amacı olan risk azaltma ve hazırlıklı olma politikası hakim olmalıdır ve afet öncesi, sırası ve sonrası çalışmalar döngüsel olarak devam etmelidir.⁷

Afet planı, sadece müdahale aşamasında değil afet öncesi, sırası ve sonrası dönemde yapılması gerekenlerin nasıl, ne zaman ve kiminle yapılması gerektiğini, görev alan personellerin sorumluluklarının açıkça tanımlandığı, stratejik eylem planlarının yer aldığı sistematik bir prosedürdür.⁸ Afet risklerini ve zarar azaltmaya yönelik sistematik ve stratejik bir yaklaşım hedefleyen Hyogo Çerçeve Eylem Planı’nda (2005-2015), afet planlarının sağlık sektörüne de entegre edilmesi gerektiğini belirtmiştir⁹. Afete dirençli yeni hastanelerin inşası, var olan sağlık kurumlarının afete karşı dayanıklı hale getirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bu hastanelere “Güvenli Hastaneler” denilmiş ve Sendai Afet Riski Azaltma Çerçevesinde (2015-2030)¹⁰ bu durumun önemini 30/c ve 33/c maddelerinde vurgulamıştır.

Türkiye’de ise afetlere hazırlıklı olma ve risk azaltma kapsamında, 5902 sayılı Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun,¹¹ 7269 sayılı Umumi Hayata Müessir Afetlerde Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun,¹² bu kanuna dayanarak çıkarılan Afetlere İlişkin Acil Yardım Teşkilatı ve Planlama Esaslarına Dair Yönetmelik¹³ ve son olarak da Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği¹⁴ kurumları afetlere hazırlıklı

olma konusunda sorumlu tutmuştur. Aynı zamanda 2015 yılında 29301 sayılı Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği¹⁵ yürürlüğe girmiş olup Hastane ve Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu³ yayınlanmıştır.

HAP, stratejik eylem planların yer aldığı, görev alan kişilerin görev ve sorumluluklarının çok iyi tanımlandığı ve her alanda ortak dilin konuşulduğu etkin hastane afet yönetimi sistemidir.¹⁶ Dolayısı ile de hastanelerin afet planları (HAP) afet yönetimin tüm evrelerini kapsayan planlar şeklinde tasarlanmalı ve uygulanmalıdır. HAP, hastanelerin afet ve acil durumlara ilişkin riskleri önlemeyi veya mümkün olduğunca azaltmayı ve afetlere karşı

dirençli olmayı amaçlamaktadır. Ayrıca, acilen ve etkin bir şekilde mümkün olduğunca fazla sayıda kişinin tıbbi yardıma ulaşmasını sağlayarak, mortalite ve morbidite oranlarını en aza indirmeyi ve iyileştirmeyi hızlandırmayı amaçlamaktadır.³ Bu amaçlar doğrultusunda stratejik davranabilmek için hastane afet planlarının hazırlanıp uygulanması önemlidir.

Bu araştırmanın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Afet Planı çerçevesinde görev alan tüm asil ve yedek afet ekibinin hastane afet planına ilişkin bilgi düzeylerini ve etkileyen etmenlerini belirlemektir.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Tanımlayıcı tipte araştırma olan bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırma evrenini Dokuz Eylül Üniversitesi Hastane Afet Planı'nda yer alan afet ekibi oluşturmaktadır. HAP'a görev alan tüm asil ve yedek üyelerin toplam sayısı 840 kişi iken listenin güncellenerek görevine devam etmeyen personeller çıkarıldığında geriye 502 kişi kalmıştır. Güncel listede yer alan tüm personele ulaşılmaya çalışılmış olup 140 kişi araştırmamıza gönüllü olarak katılmayı kabul etmiştir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamızın en önemli kısıtlılığı, Hastane Afet Planı'nda yer alan afet ekibinin listesinin güncel olmamasıdır. Bazı bireylerin işten ayrılmış olması, bazılarının ise görev birimlerinin değişmiş olması bireylere ulaşmamızı zorlaştırmıştır.

Verilerin Toplanması

Veri toplama Ağustos-Ekim 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden alınan etik kurul izninden sonra başlanmıştır. Araştırma verileri,

araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu aracılığı ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anket soruları, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Afet Planı'nda yer alan bilgilerden ve literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır. Uzman kişilerin görüşleri alındıktan sonra son hali verilmiştir. Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde 'Bilgilendirilmiş Onam Formu', ikinci bölümde afet ekibinin sosyo-demografik özelliklerine dair tanımlayıcı sorular yer almaktadır. Üçüncü bölüm ise afet ekibinin Hastane Afet Planı çerçevesinde almış oldukları eğitimlerin ve tatbikatların değerlendirilmesi ile bilgi düzeylerinin ölçülmesine yönelik tanımlayıcı sorulardan oluşmaktadır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20 paket programı kullanılmıştır. Araştırmamızın bağımsız değişkenleri olarak katılımcıların yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, hastane afet planındaki pozisyonu bu bilip bilmeme durumu, kaç yıldır afet biriminde görevli olduğu, yapılan eğitimlere ve tatbikatlara katılma durumu yer almıştır. Katılımcıların afet ekibine görevlendirmesi için gönüllü olma durumu bağımsız değişken olarak ele alınmamıştır. Çünkü hastane

yönetimi ekipte yer alan kişileri seçiminde rastgele seçmiş olup personellere yazılı tebliğ ile bilgilendirilmiştir. Bağımsız değişkenimiz ise afet ekibinin hastane afet planı çerçevesinde afete hazırlığına ilişkin bilgi düzeyleridir. Afet ekibinin bilgi düzeyini değerlendirmeye yönelik toplam 17 soru sorulmuş ve doğru-yanlış-bilmiyorum olarak cevaplandırılması beklenmiştir. Her bir soruya verilen doğru yanıtı "1 puan" verilerek toplam puanların ortanca (median) değeri kestirim noktası kabul edilmiş ve bağımlı değişkenimiz olan hastane afet planı

bilgi düzeyi iki grup halinde kategorize edilmiştir. Median değerimiz 5 olarak bulunmuş olup 0-5 puan alanların bilgi düzeyi **yetersiz**, 6 puan ve üzeri alanların bilgi düzeyi ise **yeterli** olarak kabul edilmiştir.

Araştırmamızda tanımlayıcı bulgular ortalamaları, standart sapmaları ve sıklık dağılımları ile sunulmuştur. Nedenselliği belirlemede Ki-Kare Analizi kullanılmış olup istatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Katılımcıların %47,9'u kadın, %52,1'i ise erkektir ve 25-58 yaş aralığında yer almaktadır. Eğitim durumuna baktığımızda katılımcıların %43,6'sı lise mezunu ve altı ve %56,4'ü üniversite mezunu ve üstü eğitim seviyesine sahiptirler. Hastane afet planında görev alan personellerin görevlendirilmesi yazılı tebliğ ile yapılmış olup gönüllülük esas alınmamıştır. Bu nedenle HAP' da ki pozisyonunun ne olduğunu ve ne kadar süredir afet ekibinde görev aldığını bilip bilmemesi bizim için önemlidir. Buna göre katılımcıların %40,7'si HAP' da ki görevinin ne olduğunu bilmekte iken %53,6'sı hiç bilmemekte, %6,3'ü ise de yanlış bilmektedir. Bunun yanı sıra afet ekibinde ne kadar süredir görev aldığını bilenlerin oranı %67,1 iken bilmeyenlerin oranı %32,9'dur. HAP çerçevesinde görevli olarak yer alan afet ekibinin hangi pozisyonda görev aldığını bilmemesi ve sorumluluklarını

tanımamasının başlıca sebeplerinden biri de gönüllülük esasının göz ardı edilmesidir. Oysaki afet bilincinin oluşturulmasında ve arttırılmasında gönüllülük esasına göre katılım çok önemlidir ve desteklenmelidir.^{16, 17} Sağlık kurumları, afetlere hazırlıklı olabilmek için hazırlamış oldukları planları düzenli aralıklarla gözden geçirmeli ve güncellemelidir.¹⁸ Araştırmayı yaptığımız hastanede HAP' da görev alan personel listesinin güncel olmadığı görülmüştür.

Hastanelerin afetlere hazırlıklı olabilmesi ve afet yönetiminde başarılı olabilmesi için hastanede ki tüm gönüllü personele gerekli eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.¹⁸ Çünkü afet anında ne yapması konusunda yeterli donanıma sahip olmayan bir ekibin başarılı bir müdahalede bulunmasını beklemek oldukça zordur. Sadece yazılı bir afet planına sahip olmak tek başına yeterli değildir.

Tablo 1. Hastane Afet Ekibinin Tanımlayıcı Verileri

Demografik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	67	47,9
Erkek	73	52,1
Toplam	140	100,0
Eğitim		
Lise Mezunu ve Altı	61	43,6
Üniversite Mezunu ve Üstü	79	56,4
Toplam	140	100,0
HAP Pozisyonunu Bilme		
Biliyor	57	40,7
Bilmiyor	83	59,3
Toplam	140	100,0
HAP'taki Görev Süresini Bilme		
Biliyor	94	67,1
Bilmiyor	46	32,9
Toplam	140	100,0
Afet Yaşama Durumu		
Evet	26	18,6
Hayır	114	81,4
Toplam	140	100,0
Eğitim ve Tatbikatlara Katılanların Dağılımı		
Kurum İçinde Verilen Eğitimler	Sayı	%
Hastane Afet Planı Eğitimi	60	42,9
Temel Afet Bilinci Eğitimi	50	35,7
Yangın Eğitimi	75	53,6
Trijaj Eğitimi	33	23,6
Arama-Kurtarma Eğitimi	33	23,6
KBRN Eğitimi	36	25,7
Afet Tatbikatı	38	27,1
Toplam	140	100,0

Afet öncesi dönemde hazırlanan planda görev alan personel periyodik bir şekilde eğitilmeli ve planın etkinliğini değerlendirebilmek için de tatbikatlar ile test edilmelidir.¹⁹ Bu durumu destekler nitelikte olan Canatan ve arkadaşlarının (ark.) yapmış

olduğu çalışmada, HAP ile ilgili yapılan tatbikatların pozitif yönde bir etkisi olduğu, afet ekibinin tatbikatlarda kendilerini yönetimin bir parçası olarak hissedip daha hevesli çalıştıkları ve katılımcı oldukları sonucuna varmıştır.¹⁶

Tablo 1’de yer alan verilere göre kurum içinde personellerin afete hazırlığına ilişkin verilen eğitim ve tatbikatlara katılım durumuna baktığımızda en çok yangın eğitimine katılım olduğunu (%53,6), diğer eğitimlere ve afet tatbikatına katılımın çok az olduğu görülmektedir. Yurdakul ve ark. yapmış olduğu çalışmada da hastane afet ekibinin eğitim ve tatbikatlara katılım oranlarının çok az olduğunu, bu durumun da eğitim ve tatbikatların yeterli sıklıkta tekrarlanmaması ve yönetimin personele duyurma konusunda yetersiz kalmasından kaynaklı olduğunu belirtmiştir.¹⁷

Kurum içinde yangın, bomba tehdidi, hastane afet planı aktivasyonu, hastane afet planı sonlandırma, afet- acil durum teyakkuz, tehlikeli madde ve silahlı saldırı gibi afet ve acil durumlarda verilmesi gereken kodlar ve telefon numaraları HAP’ta belirtilmiştir. Fakat bu kodları ve numaraları katılımcılardan hiçbiri doğru cevaplayamamış ya da bilmediklerini belirtmişlerdir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi afet ekibine HAP’ da yer alan ve afetlere hazırlık için önemli olan olgulara ait 17 adet soru sorulmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Hastane Afet Planı ile İlgili Olgulara Dair Bulgular

Hastane Afet Planı ile İlgili Olgular	Doğru Yanıt	
	Sayı	%
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Afet Planı'na erişim	49	35,0
Hastane afet yöneticisinin bilinebilirliği	29	20,7
Afet ve olağandışı durumlarda tahliye sırasında asansör kullanma prosedürü	109	77,9
Hastaların sağlık durumuna göre uygulanan tahliye prosedürü	25	17,9
Su basması ve sel durumunda uygulanan tahliye prosedürü	7	5,0
Yangın, yıkılma, patlama ve benzeri durumlarda uygulanan tahliye prosedürü	8	5,7
Hastanede meydana gelen acil durumlarda tesis içi iletişim sağlama prosedürü	92	65,7
Hastane Afet Yönetim Merkezi'nin yeri	33	23,6
İkincil Afet Yönetim Merkezi'nin yeri	31	22,1
Afet ve olağandışı durumlarda hastanenin kabul ettiği triaj alanlarının bilinebilirliği	44	31,4
Triaj sınıflaması	14	10,0
Acil durum kaçış ve tahliye kat krokilerinin asıldığı yerlerin bilinebilirliği	74	52,9
Afet ve acil durumlar için hazırlanmış eylem planlarının varlığının bilinebilirliği	45	32,1
Nükleer savaş olması halinde toplanma alanının yeri	52	37,1
Afet ekibinin görev ve sorumluklarının HAP'ta yer almasının bilinebilirliği	67	47,0
Radyoaktif ve kimyasal bir madde ile kontamine olmuş yaralılara müdahale	11	7,9
Afet yönetiminde risk yönetiminin kriz yönetiminden daha önemli olması	9	6,4

Tablo 2'de görüldüğü üzere katılımcıların sadece %35'i HAP'a nereden ulaşacaklarını bilmektedirler. Hastane web sitesinde erişimin kolay olmasına rağmen birçoğu bu durumdan habersizdir.

Afet anında hastane afet planını çok iyi bilen bir koordinatörün tüm kontrolü sağlaması gerekmektedir.²⁰ Bu durumda Dokuz Eylül Üniversitesi HAP kılavuzuna²¹ göre yönetici olan başhekim afet anında liderlik etmeli ve koordinasyonu sağlamalıdır. Yapmış olduğumuz çalışmada katılımcıların HAP yöneticisinin başhekim olduğu konusunda da yeterli bir bilgiye sahip olmadıkları (%79,3) görülmektedir. Hastane personelinin kimin koordinasyonunda olduğunu bilmemesi, panik ve kaosun yaşandığı afet zamanlarında bir başka kriz tetikleme potansiyeline sahiptir.

Afet ve acil durumlarda hastane içinde yaşanan afete ve hastaların durumlarına göre farklı tahliye prosedürleri uygulanmalıdır. Yangın, yıkılma, patlama ve benzeri durumlarda yatay tahliye, su ve sel basması durumlarda da dikey tahliye prosedürleri uygulanmalıdır. Ayrıca hastalar yürüyebilme kapasitelerine göre kategorize edilerek sıralanmalı ve tahliye edilmelidir.^{3,21} Fakat

çalışmamızda afet ekibinin bu prosedürlere hakim olmadıkları, yatay ve dikey tahliyenin ne olduğu konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür. Diğer bir durum ise Katılımcıların birçoğu Nükleer savaş halinde sığınağa gidilmesi gerektiğini ve kontamine olmuş yaralılara nasıl müdahale edeceklerini bilmemektedirler.

Afetlerde çok fazla sayıda yaralı tedavi için en yakın hastaneye sevk edilir. Yaralıların ihtiyacı olan medikal müdahaleyi en hızlı şekilde yapabilmek için triaj uygulayarak yaralıların sınıflandırılması ve etiketlenmesi gerekmektedir. Hastanelerin acil servislerinin kapasitesi yetersiz kaldığında triaj uygulamasına hastanelerin belirlendiği triaj alanlarında devam edilmelidir.²⁰ Bu nedenle afet ekibi tarafından HAP çerçevesinde belirlenen triaj alanlarının ve triaj prosedürlerinin bilinmesi hayati önem taşımaktadır. Fakat yapmış olduğumuz çalışmada afet durumunda hastanenin kabul ettiği triaj alanlarını bilenlerin oranı %31,4 ve triaj sınıflamasını bilenlerin oranı ise sadece %10'dur. Buna göre afet ekibinin çoğunluğu triaj sınıflamasını ve hastanenin kabul ettiği triaj alanlarını çok iyi bilmemektedir.



Şekil 1. Afet Ekibi Hastane Afet Planı Bilgi Düzeyi

Şekil 1’de görüldüğü üzere katılımcıların %57,9’sunun hastane afet planı bilgi düzeyinin yetersiz olduğu bulunmuştur. Bu durum Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi afet ekibinin afetlere hazır olmadığını göstermektedir. Bu durumu etkileyen etmenlere baktığımızda (Tablo 3), katılımcıların kurum içinde verilen eğitimlere ve tatbikatlara katılma durumunun afete hazırlık konusunda ki bilgi düzeylerini etkilediği görülmektedir. Buna göre HAP eğitimi (p=0,001), temel afet bilinci eğitimi (p=0,001), yangın eğitimi (p=0,028) ve KBRN eğitimi (p=0,008) alma ile afet tatbikatına katılma durumu (p=0,056) katılımcıların hastane afet planı ve afete hazırlığına ilişkin bilgi düzeylerini arttırdığı tespit edilmiştir. Bu eğitim ve tatbikatlara katılanların bilgi düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Çelikli ve Karababa’nın yapmış oldukları çalışmada hastane afet yönetimi ekibinin olağandışı durumlara hazırlıklı olma konusunda ki bilgi düzeylerinin vermiş oldukları eğitim sonrası daha da arttığını belirtmiştir.²² Aynı şekilde Bartley ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da videolu anlatım ile yapmış oldukları eğitimlerin kişiler üzerinde pozitif bir etkisi olduğunu belirtmiştir. Ayrıca hastane afet planı eğitimlerinin ve tatbikatlarının video üzerinden görsel olarak sunulmasının daha etkili olduğunu ve artırılması gerektiğini belirtmiştir.²³ Bu nedenle kurum içinde afete hazırlıklı olma konusunda verilecek eğitimler ve tatbikatlar artırılmalıdır. Ayrıca katılımın daha da artması ve daha başarılı sonuçların elde edilebilmesi için eğitimlerde video ile anlatım gibi görsel materyallerin kullanımına özen gösterilmelidir.

Aynı zamanda HAP’ da ki pozisyonunu bilme (p=0,037) ve HAP’ da ki görev süresini bilme (p=0,006) durumu katılımcıların bilgi düzeylerini etkilemektedir. Buna göre HAP’ da ki pozisyonunu ve ne kadar süredir afet ekibinde olduğunu bilen katılımcıların bilgi düzeyleri bilmeyenlere göre daha fazladır. Bu bulgulara göre HAP’ da ki görev ve sorumluluklarını bilen bireylerin daha ilgili oldukları ve bu nedenle de afet ekibinin gönüllük esasına göre seçilmesi gerektiği görülmektedir.

Tablo 3. Afet Ekibinin Afete Hazırlığa İlişkin Bilgi Düzeyleri ve İlişkili Etmenlerin Karşılaştırılması

İlişkili Etmenler	Hastane Afet Planı Bilgi Düzeyi				Toplam		Test
	Yetersiz Bilgi Düzeyi		Yeterli Bilgi Düzeyi		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%			
HAP' da ki Pozisyonunu Bilme							
Biliyor	27	47,4	30	52,6	57	100	$\chi^2=4,338$ p=0,037
Bilmiyor	54	65,1	29	34,9	83	100	
Toplam	81	57,9	59	42,1	140	100	
HAP' da ki Görev Süresini Bilme							
Biliyor	47	50,0	47	50,0	94	100	$\chi^2=7,243$ p=0,006
Bilmiyor	34	73,9	12	26,1	46	100	
Toplam	81	57,9	59	42,1	140	100	
HAP Eğitimi Alma Durumu							
Evet	24	40,0	36	60,0	60	100	$\chi^2=13,732$ p=0,001
Hayır	57	71,2	23	28,8	80	100	
Toplam	81	57,9	59	42,1	140	100	
Temel Afet eğitimi Bilinci Eğitimi Alma Durumu							
Evet	20	40,0	30	60,0	50	100	$\chi^2=10,172$ p=0,001
Hayır	61	67,8	29	32,2	90	100	
Toplam	81	57,9	59	42,1	140	100	
Yangın Eğitimi Alma Durumu							
Evet	37	49,3	38	50,7	75	100	$\chi^2=4,814$ p=0,028
Hayır	44	67,7	21	32,3	65	100	
Toplam	81	57,9	59	42,1	140	100	
KBRN Eğitimi Alma Durumu							
Evet	14	38,9	22	61,1	36	100	$\chi^2=7,151$ p=0,008
Hayır	67	64,4	37	35,6	94	100	
Toplam	81	57,9	59	42,1	140	100	
Afet Tatbikatı Katılma Durumu							
Evet	17	44,7	21	55,3	38	100	$\chi^2=3,682$ p=0,056
Hayır	64	62,7	38	37,3	102	100	
Toplam	81	57,9	59	42,1	140	100	

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Afet Ekibinin afete hazır olmadıkları ve Hastane Afet Planı konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları sonucuna varılmıştır. Bunun yanı sıra gönüllü katılım ile verilecek olan afet eğitimleri ve tatbikatlarının afet ekibinin bilgi düzeyini arttırdığı görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda;

✓ Afet bilincini arttırmak için hastanede verilecek eğitim ve tatbikatların artırılması ve personellerin çalışma saatlerine göre düzenlenmesi gerekmektedir.

- ✓ Eğitimlere katılımı arttırmak, personelleri heveslendirmek ve daha iyi öğrenmelerini sağlamak için video gibi görsel anlatımlara yer verilmelidir.
- ✓ Kurum dışı verilen eğitimlere de katılımları desteklenmelidir.
- ✓ Afet ekibin oluşturulmasında gönüllülük esası göz ardı edilmemelidir.
- ✓ Acil durum kaçış ve tahliye krokilerinin, acil durumlarda verilmesi gereken kodların adı ve telefon numaralarının sürekli göz önünde olabilmesi adına hastanenin tüm katlarına ve birimlerine asılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Şen, G. (2017). Afet triajında etik karar verme: İzmir ili örneği (Yüksek lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
2. Ergünay, O. (2007). Türkiye'nin afet profili. TMMOB Afet Sempozyumu Bildiriler Kitabı, 5-7 Aralık 2007, Ankara, ss: 1-14.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı (Aralık 2015). Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu. Ankara: Sistem Ofset Baskı.
4. Özmen, P., Türk, Y.Z., Çetin, M. (2013). "Afetlerde Güvenli Hastaneler." Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2(4): 547- 561.
5. Uçku, R., Okuyan, Z. (2001). "Olağandışı Durumlarda Hastaneler." Toplum ve Hekim, 16 (4): 306-310.
6. T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (2014). Müdahale, İyileştirme ve Sosyoekonomik Açından 2011 Van Depremi Raporu, Ankara.
7. Khan, H., Vasilescu, L. G., Khan, A. (2008). "Disaster Management Cycle-A Theoretical Approach." Journal of Management and Marketing, 6(1): 43-50.
8. Abd elazeem, H., Adam, S., Mohamed, G. (2011). "Awareness of Hospital Internal Disaster Management Plan Among Health Team Members in A University Hospital." Life Science Journal, 8(2): 42-52.
9. International Strategy for Disaster Reduction (2005). Hyogo Framework For Action 2005-2015: Building The Resilience Of Nations and Communities To Disasters. In Extract From The Final Report Of The World Conference On Disaster Reduction (A/CONF. 206/6) (Vol. 380).
10. United Nations. General Assembly. (2015). Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030.
11. 5902 sayılı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun. (2009). Resmi Gazete, sayı 27261, 17/6/2009.
12. 7269 sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla İle Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun. (1959). Resmi Gazete, Sayı 10213, 25/5/1959.
13. Afetlere İlişkin Acil Yardım Teşkilatı ve Planlama Esaslarına Dair Yönetmelik (1988). Resmi Gazete, Sayı 19808, 08/05/1988.
14. Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği. (2013). Resmi Gazete, Sayı 28855, 18/12/2013.
15. Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği (2015). Resmi Gazete, Sayı 29301, 20/03/2015.
16. Canatan, H., Erdoğan, A., Yılmaz, S. (2015). "Hastane Afet Planlarının Önemi üzerine Literatür Taraması ve İstanbul ilinde Bir Devlet Hastanesinde Gerçekleştirilen Deprem-Yangın-KBRN Tahliye Tatbikatı". Health Care, 2(4): 190-193.
17. Yurdakul, A., Piroğlu, F., Nilgün, O. (2013). "Kocaeli Derince Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Mevcut Afet Planı Çerçevesinde, Çalışanların Afete Hazırlığının Değerlendirilmesi". Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 1(2): 75-85.
18. Yalçın Balçık, P., Bilgin Demir, İ., Ürek, D. (2014). "Ankara'da Seçilen Bazı Hastanelerde Afet Yönetimine İlişkin Mevcut Durum Değerlendirilmesi". Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 17(1): 45-58.
19. Kadioğlu M. (2011). "Afet Yönetimi: Beklenilmeyeni Beklemek, En Kötüsünü Yönetmek." Marmara Belediyeler Birliği Yayını, ss:149-151.
20. Savage, P. (1997). "Hospital Disaster Planning". W. Rescue Emergency Care. Easton (Ed.), ss: 20-38 <http://cidbimena.desastres.hn/pdf/eng/doc1953/doc1953-1b.pdf> .
21. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Afet Planı. (2016). http://dehis.hst/downloads/HAP/DEU_HAP_2016_ANA_DOS_YA.pdf
22. Çelikli, S., Karababa, A.O. (2012). "Hastane Afet Yönetimi Ekibine Verilen Eğitimin Değerlendirilmesi; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği". Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 9 (1): 20-27.
23. Bartley, B., Fisher, J., Stella, J. (2007). "Video Of A Disaster Drill is Effective in Educating Registrars On The Hospital Disaster Plan". Emergency Medicine Australasia, 19(1): 39-44.

Okul Öncesi Eğitime Devam Eden Çocukların Ailelerinin Çocukluk Çağı Aşları Hakkındaki Görüşleri

Views On Childhood Vaccinations Families Of The Children Who Attend Preschool Education Institutions

Yadigar POLAT¹, Sümeyya TATLI², Mustafa YAVUZKİNCİ², Melek ÖZTÜRK², N. Nesrin İPEKÇİ²,
Gülistan YURDAGÜL², Seval SÜZÜLMÜŞ³

ÖZET

Bu araştırmanın amacı; okulöncesi eğitim kurumlarına devam eden çocukların ailelerinin çocukluk çağı aşları hakkındaki görüşlerini; anne ve babaların eğitim düzeyleri, meslekleri, sosyal güvence durumları açısından incelemektir. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 23 sorudan oluşan görüşme formu aracılığıyla elde edilmiştir. Görüşmeler Kilis il merkezinde yaşayan ve çocukları okul öncesi eğitim kurumlarına devam eden 176 aile ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında; anne ve babaların eğitim düzeyi, meslekleri ve sosyal güvence durumlarına göre aşlar hakkındaki bilgi kaynakları, aşlar konusunda eğitim alma durumları, aşların ailenin isteğine bırakılıp bırakılmaması, çocuklarının aşı düzenleri arasındaki ilişkilere bakılmıştır. Analizler sonucunda ailelerin aşlar hakkındaki görüşleri üzerinde sosyal güvence durumları ile anne ve babaların eğitim düzeyleri ve mesleklerinin etkili olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Çalışma sonucunda eğitim düzeyi yüksek ve aşlar konusunda bilgi sahibi ailelerin zorunlu aşların yaptırılması konusunda daha hassas oldukları ve bu durumun ailenin isteğine bırakılmaması gerektiğini ifade ettikleri görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Aşı, Aile.

ABSTRACT

This research is to examine views on childhood vaccinations families of the children who attend preschool education institutions them in terms of education, occupation and social security situation of parents. Data were obtained through interview form consisting of 23 questions and prepared by the researchers. Interviews were conducted with 176 families with children who attend pre-school and living in Kilis center. Scope of research was examined the relationship between sources of information about vaccines, training conditions in vaccines, leaving the family's request the built vaccines, child's immunization schemes and profession, social security status, educational level of parents. On the opinions of parents about vaccines was found to be effective parents social security situation, educational level and profession. Family knowledge about vaccines and high levels of education was found to be more sensitive that regularly performed the compulsory vaccination. They have expressed that mandatory vaccines should not be left to the discretion of the family.

Keywords: Child, Vaccine, Family.

¹Yrd.Doç.Dr. Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu,

²Öğr.Gör. Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu,

³Yrd.Doç.Dr. Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Osmaniye Meslek Yüksekokulu

GİRİŞ VE AMAÇ

Aşılar insan ve hayvanlarda hastalık yapma olasılığına sahip mikroorganizmaların hastalık yapma karakterlerinden arındırılarak sağlam kişilerin vücuduna uygun miktarlarda verilen biyolojik maddelerdir.¹ Aşı, bugün için enfeksiyon hastalığından korunmada en etkili, en güvenli, en ekonomik ve en akılcı tıbbi bir yaklaşımdır. Aşılanmanın amacı kişiyi enfeksiyon hastalıklarından korumak, hastalığı kontrol altına alarak önlemek ve mümkünse yok etmektir.² Aşı; özellikle bebek ve çocukları birçok hastalıktan korurken, aşılanmamış çocuklarda hastalık, sakatlık ve ölümler çok sık görülmektedir. Aşı ile korunabilir hastalıklardan her yıl dünyada 1 milyon 700 bin kişi hayatını kaybetmektedir.³

Enfeksiyon hastalıklarıyla mücadelede aşıların en etkili koruma yöntemi olduğu, tıp dünyasında uzun zamandır ve yadsınamaz bir gerçek olduğu kabul edilmektedir.⁴ Nitekim Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Center for Diseases Control and Prevention (CDC) gibi kuruluşların raporlarında da belirtildiği gibi aşılar sayesinde, zaman içinde bir dizi enfeksiyon hastalığının görülme sıklığında önemli azalmalar kaydedilmiş; çiçek hastalığı gibi bazılarının dünya üzerinden eradikasyonu sağlanmış; polio örneğinde olduğu gibi bazılarının ise Avrupa kıtası gibi belirli coğrafyalarda ortadan kaldırılması mümkün olmuştur.⁵

Fakat bununla birlikte aşının ilk ortaya çıktığı dönemlerden itibaren bazı çevreler aşı kavramına kuşkuyla yaklaşmışlar; etkinliğini tartışmanın yanı sıra ciddi olumsuzluklara neden olabileceğini savunarak, özellikle etiyojisi bilinmeyen bazı patolojilerden aşıları sorumlu tutmuşlar ve sistematik olarak aşılama kavramına karşı çıkmışlardır. Aşıların yan etkileri doğrultusunda otoimmün hastalıkların ortaya çıktığı savunulmuştur. Elbette aşılar konusunda sıfır riskten bahsetmek mümkün değildir.⁶

Bir hekim hastasına uygulayacağı test ve tedavilere karar verirken yarar-zarar ilişkisini

her zaman göz önünde bulundurmakta ve hesaplamalar sonucu hangisi daha ağır basarsa onu seçmektedir. Aynı durum aşılar hakkında da söz konusudur. Tarihsel gelişimine bakıldığında aşıların birçok yönden zarardan ziyade insan topluluklarına fayda sağladığı görülmektedir. Aşıların yan etkileri olabilir ancak hastalığın kendisiyle karşılaştırıldığında çok daha seyrek ve hafif formdadır. Ayrıca İskandinav ülkelerinde yapılan araştırmalarda aşılanan bireylerin aşılanmayanlara göre izlendiği çalışmalarda otizm, oto-immün hastalıklar vb. rahatsızlıkların 40 sene sonra bile insidansında artış tespit edilmemiştir.⁷

Toplumda meydana gelen aşı karşıtı tavırlar nedeniyle ABD 2001 yılından beri cıva içeren aşıları uygulamamaktadır. Yetkililer otizmle cıva içeren aşılar arasında bir ilişki bulunmadığını, aşıların içinde bulunan cıva dozunun ise toksik olmadığını belirtmesine rağmen söylentilerin ülkede aşılama oranını düşüreceği endişesiyle bu uygulamaya gidildiğini belirtmişlerdir.¹⁷ Aşılarla yönelik kuşkulu yaklaşımlar özellikle ebeveynleri etkilemekte ve aşıları yaptırtıp yaptırmama konusunda onları kaygılandırmaktadır.⁸ Bireyin doğumuyla başlayan aşı uygulamaları tüm dünyada, devletlerin sağlık bakanlıklarına bağlı belirli merkezler tarafından yönetilse de, bağışıklama çalışmalarını düzenleme, izleme ve uygulamada resmi kurumların yanında çocuğun ailesi de aynı sorumluluğa sahiptir.⁹

Bebeklik döneminden itibaren aşı uygulamalarının başlaması sebebiyle; okul öncesi çağa gelmiş çocukların ebeveynlerinin bu konudaki fikirlerinin yanı sıra aşıyla ilgili uygulamalara çocuklarını ne derecede dahil ettiklerini ortaya çıkarmak da önem taşımaktadır. Bu doğrultuda çalışmanın temel amacı; okulöncesi eğitim kurumlarına devam eden çocukların ailelerinin çocukluk çağı aşıları hakkındaki görüşlerini farklı değişkenler açısından incelemek olmuştur.

MATERYAL VE METOT

Çalışma evreni 2015-2016 eğitim öğretim döneminde Kilis ilinde faaliyet gösteren tüm okul öncesi eğitim kurumlarına devam eden çocukların aileleri olarak belirlenmiştir. Fakat Kilis'te yaşanan terör olayları sebebiyle bu ailelerin tamamına ulaşmak mümkün olmadığından; araştırma grubunu Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Çocuk Gelişimi Programı öğrencilerinin uygulama yaptığı 9 okul öncesi eğitim kurumuna devam eden 654 çocuğun ailelerinden 176 tanesi oluşturmuştur. Olasılıklı örnekleme türlerinden basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. %90 güven seviyesinde yaklaşık %10 hata düzeyinde uygun bir örneklem büyüklüğüdür. Öğrenciler vasıtasıyla ulaşılan ve araştırmaya katılmayı kabul eden ailelerle görüşülerek, araştırmacılar tarafından hazırlanan görüşme formu doldurulmuştur. Görüşme formunu, ailelerin demografik bilgilerini tanımlayıcı ve

aşılara yönelik görüşlerini ortaya koyan 23 soru oluşturmuştur. Ailelerle gerçekleştirilecek görüşmeler için İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden ve görüşme sorularının uygunluğu bakımından Gaziantep Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca bu araştırma için Kilis 7 Aralık Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi'nden destek alınmıştır. Araştırma verileri Nisan 2016- Haziran 2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler SPSS (Standart Program for Social Sciences) for Windows 20.0 paket programı aracılığıyla işlenmiş ve veri analizi yapılmıştır. Araştırma bulguları sayı, yüzde oranları ve çapraz çizelgeler oluşturularak yorumlanmıştır. Çapraz çizelgelerde güvenilirlik için Pearson Ki-kare kullanılmış ve $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Annelerin eğitim durumlarına göre aşılarda konusunda bilgiye başvurdukları kaynaklar arasında aile hekimleri, sağlık ocağı ve internet, reklam, broşür, afiş gibi diğer kaynaklar bulunmaktadır. İlkokul ve ortaokul mezunu annelerin sırayla % 14,8'i ile %12,2'sinin diğer kaynaklardan, lise mezunu annelerin % 36,7'sinin sağlık ocağından, lisans mezunu annelerin ise %55'inin aile hekiminden bilgi aldığı tespit edilmiştir. Annelerin eğitim durumlarına göre aşılarda konusunda bilgiye başvurdukları kaynaklar

arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0.011$). Memur babaların %25'i, işçi babaların %16,8'i, esnaf babaların %15,8'i internet, kitap, broşür gibi kaynaklardan aşılarda hakkında bilgi edindiklerini belirtirken; sağlıkçı babaların %40'ı bunların yanı sıra aldıkları dersler aracılığıyla da bilgi sahibi olduklarını ifade etmişlerdir. Babaların meslekleri ile aşılarda ilgili bilgi kaynaklarına ilişkin anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0.049$) (Tablo 1).

Tablo 1. Annelerin Eğitim Durumu ve Babaların Meslekleri İle Aşılarla İlgili Bilgi Kaynaklarına İlişkin Elde Edilen Bulgular

		n	Aşılarla İlgili Bilgi Kaynağı		
			Aile Hekimi	Aile Sağlığı Merkezleri	Diğer
Annenin Eğitim Durumu	İlkokul	n	35	34	12
		%	43,2	42,0	14,8
	Ortaokul	n	14	22	5
		%	34,1	53,7	12,2
	Lise	n	10	11	9
		%	33,3	36,7	30,0
Lisans	n	11	3	6	
	%	55,0	15,0	30,0	
Lisansüstü	n	0	1	3	
	%	39,8	40,3	19,9	
Babanın Mesleği	Çalışmıyor	n	1	3	0
		%	25,0	75,0	0,0
	Memur	n	24	9	11
		%	54,5	20,5	25,0
	İşçi	n	29	35	13
		%	37,7	45,5	16,8
	Esnaf	n	15	17	6
		%	39,5	44,7	15,8
	Sağlıkçı	n	1	2	2
		%	20,0	40,0	40,0
	Diğer	n	0	5	3
		%	0,0	62,5	37,5

İlkokul mezunu annelerin %84'ünün, ortaokul mezunu annelerin %80,5'inin, lise mezunu annelerin %83,4'ünün aşılar konusunda daha önce hiçbir eğitim almadıkları; lisans mezunu annelerin %45'inin ve lisansüstü mezun annelerin %50'sinin aşılar hakkında eğitim aldıkları belirlenmiştir. Annelerin eğitim durumları ile aşılar konusunda eğitim alma durumları arasında anlamlı fark bulunmaktadır (p=0.020). Mezuniyet durumu ilkökullü olan babaların %8,9'u, ortaokullü olan babaların %13,5'i ve lise olan babaların %9,3'ü aşılar konusunda herhangi bir eğitim alırken; bu oran lisans mezuniyetine sahip babalarda %34,4 ve lisansüstü babalarda ise %37,5 olarak tespit edilmiştir. Babaların eğitim durumları ile aşılar konusunda eğitim alma durumları arasında anlamlı fark

bulunmaktadır (p=0.043). Aşılar konusunda eğitim alma durumlarına göre çalışmayan babaların %75'i, memur babaların %68,2'si, işçi babaların %85,7'si, esnaf babaların %84,2'si ve serbest, şoför gibi diğer meslek gruplarında yer alan babalarında %75'i aşılar konusunda eğitim almazken; sağlıkçı babaların %60'ı aşılar konusunda eğitim almışlardır. Babaların meslekleri ile aşılarla ilgili eğitim alma durumlarına ilişkin anlamlı fark bulunmaktadır (p=0.013) (Tablo 2).

Tablo 2. Anne ve Babaların Eğitim Durumu İle Aşılar Konusunda Eğitim Alma Durumlarının Karşılaştırılması.

		Aşılarla İlgili Eğitim Alma Durumu					
		Evet		Hayır		Hatırlamıyor	
		n	%	n	%	n	%
Anne Eğitim Durumu	İlkokul	7	8,6	68	84,0	6	7,4
	Ortaokul	6	14,6	33	80,5	2	4,9
	Lise	4	13,3	25	83,4	1	3,3
	Lisans	9	45,0	10	50,0	1	5,0
	Lisansüstü	2	50,0	2	50,0	0	0,0
Baba Eğitim Durumu	İlkokul	5	8,9	46	82,2	5	8,9
	Ortaokul	5	13,5	30	81,1	2	5,4
	Lise	4	9,3	37	86,0	2	4,7
	Lisans	11	34,4	20	62,5	1	3,1
	Lisansüstü	3	37,5	5	62,5	0	0,0
Baba Mesleği	Çalışmıyor	0	0,0	3	75,0	1	25,0
	Memur	13	29,5	30	68,2	1	2,3
	İşçi	7	9,1	66	85,7	4	5,2
	Esnaf	3	7,9	32	84,2	3	7,9
	Sağlıkçı	3	60,0	1	20,0	1	20,0
	Diğer	2	25,0	6	75,0	0	0,0

Babalardan ilkökullü mezunu olanlardan %57,1'i ve ortaokullü mezunu olanlardan %37,8'i zorunlu çocukluk aşılarının yaptırılmasını ailelerin isteğine bırakılmasına "evet" derken; lise mezunu babaların %51,2'si ve lisans mezunu babaların %68,7'si zorunlu çocukluk aşılarının ailenin isteğine bırakılmasına "hayır" cevabını vermişlerdir. Babaların eğitim durumları ile aşıların ailenin isteğine bırakılması konusunda anlamlı fark bulunmaktadır (p=0.007). Annelerin mesleklerine göre zorunlu çocukluk aşılarının ailelerin isteğine bırakılması ile ilgili olarak elde edilen bulgular incelendiğinde; çalışmayan

annelerin %48,1'i bırakılması yönünde tercihte bulunurken; memur annelerin %80'i, sağlık çalışanı annelerin %66,7'si bırakılmaması gerektiği yönünde cevap verdiği belirlenmiştir. Annelerin meslekleri ile aşıların ailenin isteğine bırakılması konusunda anlamlı fark bulunmaktadır (p=0.011) (Tablo 3).

Tablo 3.Babaların Eğitim Durumu ve Annelerin Meslekleri İle Aşıların Ailenin İsteğine Bırakılmasının Karşılaştırılması.

		Aşıların Ailenin İsteğine Bırakılması		
		Evet	Hayır	Kararsızım
Babanın Eğitim Durumu	İlkokul	n 32	21	3
		% 57,1	37,5	5,4
	Ortaokul	n 14	14	9
		% 37,8	37,8	24,4
	Lise	n 18	22	3
		% 41,8	51,2	7,0
Lisans	n 8	22	2	
	% 25,0	68,7	6,3	
Lisansüstü	n 4	4	0	
	% 50,0	50,0	0,0	
Annenin Mesleği	Çalışmıyor	n 62	55	12
		% 48,1	42,6	9,3
	Memur	n 4	16	0
		% 20,0	80,0	0,0
	İşçi	n 7	7	3
		% 41,2	41,2	17,6
	Esnaf	n 2	0	2
		% 50,0	0,0	50,0
	Sağlıkçı	n 1	2	0
		% 33,3	66,7	0,0
Diğer	n 0	3	0	
	% 0,0	100,0	0,0	

Babaların mesleklerine göre memur babaların %90,9'u sağlıkçı babaların %80'inin aşılar hakkında bilgiye sahip oldukları; çalışmayan babaların %25'inin, işçi babaların %18,2'sinin ve esnaf babaların %23,7'sinin aşılar konusunda bilgi sahibi olmadıklarını belirttikleri görülmektedir. Babaların meslekleri ile aşılarla ilgili bilgiye sahip olma durumları konusunda anlamlı fark bulunmaktadır (p=0.034). (Tablo 4).

Tablo 4.Babanın Mesleğine Göre Aşılarla İlgili Bilgiye Sahip Olma Durumu

		Aşılarla İlgili Bilgi Sahibi Olma					
		Evet		Hayır		Kararsızım	
		n	%	n	%	n	%
Babanın Mesleği	Çalışmıyor	3	75,0	1	25,0	0	0,0
	Memur	40	90,9	4	9,1	0	0,0
	İşçi	52	67,5	14	18,2	11	14,3
	Esnaf	29	76,3	9	23,7	0	0,0
	Sağlıkçı	4	80,0	0	0,0	1	20,0
	Diğer	5	62,5	1	12,5	2	25,0

Sosyal güvenceye sahip ailelerin çocuklarının aşı düzeni %100 oranındayken, güvencesi bulunmayan ailelerden %9,1'inin çocuklarının aşılarının düzenli olmadığı belirlenmiştir. Ailelerin sosyal güvence durumları ile çocukların aşı düzenlerine ilişkin anlamlı fark bulunmaktadır (p=0.015). Sosyal güvencesi bulunan ailelerin çocuklarından %96,8'inin aşıları tamken, sosyal güvencesi olmayan ailelerin çocuklarından %4,5'inin aşıları tam olmayıp, %13,6'sının da ailesi aşılarının tam olup olmadığı konusunda emin değildir. Ailelerin sosyal güvence durumları ile çocukların aşılarının tam olma durumlarına ilişkin anlamlı fark bulunmaktadır (p=0.008) (Tablo 5).

Tablo 5. Ailelerin Sosyal Güvence Durumları İle Çocukların Aşı Düzenleri ve Aşılarının Tam Olma Durumlarına İlişkin Elde Edilen Bulgular

		Sosyal Güvence		
		Var	Yok	
Aşı Düzeni	Düzenli	n 154	0	
		% 100,0	0,0	
	Düzensiz	n 20	2	
		% 90,9	9,1	
Aşıları Tam Olma Durumu	Evet	n 149	18	
		% 96,8	81,9	
	Hayır	n 0	1	
		% 0,0	4,5	
Emin Değilim	n 5	3		
	% 3,2	13,6		

Annelerin eğitim durumlarına göre aşılar konusunda bilgiye başvurdukları kaynaklarda eğitim düzeyi daha düşük düzeyde olan annelerin aile hekimleri, sağlık ocağı ve internet, reklam, broşür, afiş gibi diğer kaynaklara başvurduğu, lisans mezunu

annelerin ise bu konuda daha yüksek oranda aile hekimlerini tercih ettikleri bulgusu elde edilmiştir (Tablo 1). Yine babaların mesleği açısından bilgi aldıkları kaynaklara bakıldığında en yüksek oranda memur babaların aile hekimlerini tercih ettikleri belirlenmiştir. Sağlıkçı babalar dışında diğer meslek gruplarıyla kıyaslandığında bu babaların eğitim düzeylerinin diğerlerine oranla daha yüksek seviyede olduğu düşünülebilir (Tablo 1). Birinci basamakta çalışan aile hekimleri hastalarının sağlığını korumak ve onları bilgilendirmekle yükümlüdür.¹⁰ Bu bakımdan eğitim düzeyi yüksek olan anne ve babaların bilgi elde etme konusunda yetkili kişiyi bilmesi ve ondan bilgi alması beklenen bir durumdur. Ayrıca ailelerin aşular hakkında düşüncelerini belirlemeye çalışan Topaloğlu vd.'nin gerçekleştirdiği çalışma sonucunda da aşular konusunda en sık başvurulmuş bilgi kaynağının doktorlar olduğu belirlenmiştir.¹¹ Bununla birlikte sağlıkçı babaların birçoğu aldıkları dersler aracılığıyla aşular konusunda bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir.

Annelerin ve babaların eğitim düzeyleri ve babaların meslekleri bakımından aşı ile ilgili eğitim alma durumlarıyla ilgili bulgularda anlamlı farklılıklara rastlanmıştır (Tablo 2). Eğitim seviyesi yüksek anne ve babalar ile sağlık alanında çalışan babaların aşular konusunda eğitim alma yüzdelerinin diğerlerine göre daha yüksek oranlarda olduğu ortaya çıkmıştır. Ailelerin eğitim seviyelerinin yüksek olması ve aşı eğitimi verilmesi ailelerin aşının yapılması konusunda daha kararlı davranmasını sağlayabilir.¹² Bu bakımdan eğitim düzeyi yüksek bireylerin çocuklarının aşılama oranlarının da yüksek olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur.^{13,14} Ayrıca babaların meslekleri ile aşı konusunda bilgi sahibi olma durumları arasında anlamlı farklılığa rastlanmıştır. Memur ve sağlık alanında çalışan babaların yüzdelerinin diğer meslek gruplarındaki babalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Altun'un gerçekleştirmiş olduğu çalışmada da sağlık

çalışanı babaların aşular konusunda daha bilinçli olduğu¹ ve benzer olarak Malatya'da gerçekleştirilen bir diğer çalışmada eğitim seviyesi yükseldikçe ailelerin aşılama sonrası ortaya çıkabilecek sorunlarla baş edebilmede daha bilinçli olduğu kaydedilmiştir.¹⁵ Tüm bunlar eğitim düzeyi, aşı ile ilgili eğitim alma durumu ve aşular hakkında bilgi sahibi olmanın birbiriyle paralel durumlar olduğu sonucuna götürebilir.

Aşuların ailenin isteğine bırakılıp bırakılmamasıyla ilgili olarak eğitim düzeyi daha yüksek düzeyde olan babaların çoğunluğunun zorunlu çocukluk aşularının ailenin isteğine bırakılmaması gerektiğini belirtirken, eğitim düzeyi daha düşük olan babaların zorunlu çocukluk aşularının ailenin isteğine bırakılması gerektiğini ifade ettiği görülmüştür (Tablo 3). Zorunlu aşuların ailenin isteğine bırakılmasıyla ilgili olarak bir diğer değişken annelerin mesleki durumlarıdır. Çalışmayan anneler zorunlu aşuların ailenin isteği bırakılması yönünde tercihlerini kullanırken, memur ve sağlık çalışanı anneler isteğin ailelere bırakılmaması gerektiğini ifade etmişlerdir (Tablo 3). Yine memur ve sağlıkçı babaların aşular hakkında diğer babalara göre daha fazla bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Her iki durum göz önünde bulundurulduğunda belirli bir eğitim almış anne babaların zorunlu aşular konusunda hassas olduğu ve böyle önemli bir durumun ailelerin isteğine bırakılmaması konusunda hem fikir oldukları düşünülebilir. Gerçekleştirilen çalışmalarda da eğitilmiş ve meslek sahibi anne babaların çocuklarının aşılmasına diğer anne babalara göre daha dikkatli davrandıkları ortaya konulmuştur.^{1,12,16}

Ailelerin herhangi bir sosyal güvenceye sahip olup olmama durumları ile çocuklarının zorunlu çocukluk aşularının düzeni ve tam oluşu arasında anlamlı farklılıklara rastlanmıştır (Tablo 5). Sosyal güvenceye sahip ailelerin çocuklarının tamamının aşularının düzenli ve tam olduğu görülürken,

sosyal güvencesi bulunmayan ailelerin çocuklarının aralarında aşıları tam ve düzenli olmayan çocuklar bulunduğu tespit edilmiştir. Çocukların aşıya devamsızlık nedenlerinin araştırıldığı Diyarbakır'da

gerçekleştirilen araştırmada da sosyal güvenceye sahip olmayan ailelerin çocuklarının aşılarının eksik olduğu ortaya konulmuştur.¹³

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bugüne kadar yapılan bilimsel çalışmalar göstermektedir ki aşılama çalışmaları toplum sağlığını korumak açısından etkili ve güvenilir bir araç olmuştur. Aşılama çalışmalarının tarihten günümüze kadar olan seyrine bakıldığında, fayda tarafının çok ağır bastığı görülmektedir.⁴ Çalışma sonucunda eğitim düzeyi yüksek ve aşılar konusunda bilgi sahibi ailelerin zorunlu aşıların yaptırılması konusunda daha hassas oldukları ve bu durumun ailenin isteğine bırakılmaması gerektiğini ifade ettikleri görülmüştür. Çalışma sonucunda eğitim düzeyi yüksek ve aşılar konusunda bilgi

sahibi ailelerin zorunlu aşıların yaptırılması konusunda daha hassas oldukları ve bu durumun ailenin isteğine bırakılmaması gerektiğini ifade ettikleri görülmüştür. Çocukların temel sağlığını korumada bu kadar mühim bir konunun ailelerin isteğine bırakılması yerinde bir uygulama olmayacaktır. Bu bakımdan genel bilgilendirmeler ve uygun aşı danışmanlığı hizmetleri aracılığıyla ebeveynler aşıların gerekliliği konusunda uygun biçimde bilinçlendirilmesi¹⁸ ve çocuklarının zorunlu aşılarını düzenli olarak takip etmesi önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Altun, Ş. (2008). 6-14 Yaş Arası Çocuklarda Aşılama Oranı ve Ailelerin Özel Aşılarla İlgili Bilgi Düzeyi. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
2. Arvas, A. (2004). "Aşılama Yapılan Hatalar". Türk Pediatri Arşivi, 39(1):9-13.
3. Sağlık Aşılıyoruz (İnternet). (09.11.2016) <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-47641/saglikasilyoruz.html?vurgu=ba%C4%9F%C4%B1%C5%9F%C4%B1klama>
4. Ataç, Ö. ve Aker, A. A. (2014). "Aşı Karşıtlığı". Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 30 (1): 42-47.
5. Plotkin, S. L. & Plotkin, S. A. A. (2008). Short History of Vaccination, (Eds. Plotkin S, Orenstein W, Offit P). "Vaccines", China: Saunders Elsevier.
6. Badur, S. (2011). "Aşı Karşıtı Gruplar ve Aşılarla Karşı Yapılan Haksız Suçlamalar". ANKEM Dergisi, 25 (Ek 2): 82-86.
7. Özen, M. ve Doğan, N. (2012). "Aşı-Hastalık İlişkisi: Söylenti mi, Gerçek mi?". Klinik Gelişim, 25: 16-20.
8. Kimmel, S. R. (2002). "Vaccine Adverse Events: Separating Myth from Reality". Am FamPhysician, 66 (11): 2113-20.
9. Ünalır, E., Ünalır, M. O., Şengonca, H. ve Vardar, F. (2010). "Ulusal Aşı Bilgi Sistemi: Bir Durum Değerlendirmesi ve Yaklaşım Önerisi". Akademik Bilişim'10 - XII. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri, Muğla Üniversitesi.
10. Akdeniz, M. (2016). "Aşılar". Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi, 8 (2): 1-2.
11. Topaloğlu, N., Yıldırım, Ş., Tekin, M., Saçar, S., Peker, E. ve Şahin, E. M. (2013). "Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Geçiren Çocukların Ailelerinin İnfluenza Aşısı Hakkındaki Düşünceleri". International Journal of Clinical Research, 1 (1): 10-13.
12. Bilir-Göksüğü, S. (2006). Annelerin Aşı Bilgi Düzeyleri, Çocuklarının Aşılama Durumu ve Bunları Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
13. Yiğitalp, G. ve Ertem, M. (2008). "Diyarbakır İlinde 0-12 Aylık Çocukların Aşıya Devamsızlık Nedenleri". TAF Prev Med Bull, 7 (4): 277-284.
14. İncili, H. D. (2009). Çocuk Polikliniklerimize Başvuran Çocukların Annelerinin Aşılar İle İlgili Bilgi Düzeyleri. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
15. Ok Ş, Pehlivan E, Geçkil E. (2004). "Malatya İl Merkezindeki 12 Aylık Bebeklerin Bağışıklama Durumu". Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1): 50-60.
16. Kurt AÖ, İnt.Dr. Çalışma Grubu, Şaşmaz T. (2005). "Mersin İlinde İki Sağlık Ocağında Ebeveynlerin Bağışıklama Bilgilerinin Değerlendirilmesi". 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri-GATA. Ankara, s. 327.
17. Pickering LK, Baker J, Long SS, McMillan JA (eds)(2006). Active and Passive Immunization. RedBook. Report of Committee on Infectious Diseases, 27th ed, Elk Grove Village, 4-98.
18. Mutlu, Ş., Öztüfekçi, H., Bardakçı, N. (2002). "İzmir'de Lot Kalite Araştırma Yöntemi ile 13 - 24 Aylık Çocuklarda Aşılama Durumunun İncelenmesi". Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 11 (10) : 380.

Gebelerin Psikososyal Sağlıkları Doğum Tercihini Etkiler Mi?

Is There Any Effect of Psychosocial Health of Pregnant Women on Birth Preference

Yurdağül AKSAY¹, Öznur KÖRÜKCÜ², Nimet SAYGIN³, Yıldırım Beyazıt GÜLHAN⁴

ÖZET

Bu çalışma gebelerin psikososyal sağlığının şimdiki gebeliğindeki doğum tercihine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinin kadın doğum polikliniklerinde yürütülmüştür. Mayıs-Temmuz 2015 tarihleri arasında, kontrol için polikliniklere başvuran ve araştırma kriterlerini taşıyan gebeler (n=150) araştırmaya katılmıştır.

Yapılan çalışma sonucunda; GPSDÖ puan ortalaması 3.13 ± 0.33 olarak bulunmuş ve gebelerin psikososyal sağlıklarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Normal doğum tercih edenlerin GPSDÖ puanı 3.13 ± 0.3 , sezaryen doğum tercih edenlerin ise 3.14 ± 0.29 olarak belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Bu araştırmanın sonucunda, gebelikte psikososyal sağlık düzeyinin tercih edilen doğum şekli üzerinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Doğum Tercihi, Doğum, Obstetrik, Doğum Korkusu, Psikososyal Sağlık

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the effect of pregnant women's psychosocial health on the preference of pregnant women's current birth. This study was conducted in the Obstetrics and Gynecology Outpatient Clinics in an education and research hospital. The patients who were applied for control to outpatient clinics between May-June 2015 and who were suitable to the research criteria were participated to the study.

At the end of the study, GPSDÖ mean score was 3.13 ± 0.33 and pregnant women psychosocial health was medium level. The level of GPSDÖ of the pregnant women who prefer normal birth was 3.13 ± 0.3 , the level of GPSDÖ of the pregnant women who prefer cesarean was 3.14 ± 0.29 . It was determined, there was no statically significant difference between these two groups ($p > 0.05$). As a result, there was no effect of pregnant women's psychosocial health on the preference of pregnant women's current birth.

Key words: Pregnancy, Birth Preference, Delivery, Obstetric, Fear Of Childbirth, Psychosocial Health

* Araştırma için Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Kurulundan onay alınmıştır (Karar no: 47/5).

¹Hemşire, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Servisi

²Yardımcı Doçent Doktor, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

³Uzman Hemşire, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İzlem Merkezi

⁴Yardımcı Doçent Doktor, Okan Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü Bölüm Başkanı

GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik, neslin sürekliliğinin sağlanması, aile bütünlüğünün oluşması, kültürün kuşaktan kuşağa aktarılması için önemli olan, fertilizasyonla başlayan ve doğum eylemi ile sonlanan fizyolojik bir süreçtir.^{1,2} Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmanın yanında, kadın için önemli bir stres kaynağıdır.³ Gebelikte birlikte, biyolojik, fizyolojik ve psikososyal değişiklikler yaşanmaktadır.⁴ Gebelik sebebiyle oluşan nöroendokrin ve psikolojik değişiklikler, kadının yaşamının diğer dönemleriyle kıyaslanamayacak derece fazladır.⁵ Kadının, vücudundaki fiziksel değişiklikler, bilinmeyen bekleyiş, doğum süreci ve doğum sonrası yaşantıya ilişkin bir miktar heyecan ve kaygılar yaşaması doğal olarak kabul edilmektedir. Bu kaygılar bazı gebelerde uyumu bozacak kadar yüksek düzeye ulaşarak,⁶ psikososyal problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Özellikle fetüsün varlığı, gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler, aile yaşamında ve sosyal yaşamdaki farklılıklar gebelikte yaşanan psikososyal problemlerin temelini oluşturmaktadır.⁷ Gebenin psikososyal açıdan sağlıklı; yani psikolojik, sosyal ve duygusal açıdan tam bir iyilik hali içerisinde olması doğumdan sonra bebeğinin gelecekteki fiziksel, psikolojik ve duygusal sağlığını da doğrudan etkileyecektir.^{5,7,8}

Gebelik döneminde kadının karşılaşılabileceği sosyal ve psikolojik problemler gebenin psikososyal sağlığını ve yaşam kalitesini şekillendirecektir.^{5,7} Gebelikte meydana gelen değişiklikler gebede yük, kaygı, stres oluşturabilmekte, gebeliğin endişe ve depresyon ile sonuçlanmasına sebep olabilmektedir.^{1,2} Düşük ekonomik düzey, sosyal destek azlığı, sigara ve madde kullanımı, depresyon, anksiyete, eşle ilişki problemleri,⁸ olumsuz beden imajı gebelikte yaşanan psikososyal problemler arasında yer almaktadır.⁷ Gebelikte anne adayının ruhsal durumu gebeliğin seyri üzerinde etkili

olabileceği gibi, gebelik de anne adayının ruhsal ve duygusal yaşantısı üzerinde etkili olabilir. Bu nedenle, depresyon ve kaygı gebelikte sıklıkla ortaya çıkmaktadır.⁵ Gebelikte depresyon görülme oranı %12-36 arasında değişmektedir. Gebelikteki depresyon nedeniyle preterm eylem, preeklampsi, zor doğum, doğumda daha fazla cerrahi müdahaleye gereksinim duyma, gebelik haftasına göre küçük fetüs, düşük doğum ağırlıklı ve düşük APGAR skorlu yenidoğan gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir.^{8,9}

Gebelikte döneminde yaşanan psikolojik ve sosyal sorunlara, doğumun kendi fizyolojik sürecine bağlı olası endişeler de eklenebilir. Özellikle gebeliğin üçüncü trimesterinde doğum eylemine ilişkin kaygılar ve doğumun nasıl olacağı ve bebeğin sağlıklı olup olmayacağına ilişkin yaşanan endişeler,⁵ gebeliğin sonlandırılmasında tercih edilen doğum şekli üzerinde etkili olabilmektedir. Yapılan bir araştırmada sezaryen doğumu tercih eden gebelerin % 50.4'ü (n=387) vajinal doğuma göre daha rahat olmasından, % 48.4'ü (n=372) doğumda ağrı çekmek istememesinden, %41.0'ı (n=315) ise bir sorun olduğunda bebeğin hemen kurtarılmasından dolayı tercih ettiklerini bildirmişlerdir.¹⁰

Dünya Sağlık Örgütü'nün ideal sezaryen doğum oranlarının %10 ile 15 arasında olması gerektiğini vurgulamasına karşın, günümüzde sezaryen oranları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hızla artmaktadır; hatta ülkemizde bu oran 2015 yılında %53.1'e ulaşmıştır. Gebelik döneminde annenin psikososyal sağlığının kötü olmasının onları sezaryen doğuma yönlendirdiği düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı; gebelerin psikososyal sağlığının şimdiki gebeliğindeki doğum tercihine olan etkisini belirlemektir.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Örnekleme

Araştırma verileri bir eğitim ve araştırma hastanesinin kadın doğum kliniğine başvuran gebelerden elde edilmiştir. Soruları cevaplayabilecek bilişsel yeterlikte olan, sağlıklı bir gebelik yaşıyor olan, 18 yaşın üzerinde, 35 yaşın altında ve gebeliğinin 28-40. haftasında olan, polikliniğine rutin kontrol için başvuran ve araştırmaya katılan 150 gebe örneklem grubunu oluşturmuştur. Şimdiki gebeliğinde komplikasyon öyküsü olan (preeklamsi, gestasyonel diyabet, plasental anomaliler), fetüste komplikasyon olan, baş-pelvis uyumsuzluğu, malprezentasyon ya da pozisyon olan gebeler araştırma kapsamına alınmamıştır.

Çalışmanın örnekleme gücü analizi ile karar verilmiştir. Güç analizinde iki ortalama arasındaki ilişki temel alınarak örneklem hesaplaması yapılmıştır. Hesaplama iki yönlü korelasyon, tip 1 hata oranı (α)= 0.05, çalışmanın gücü ($1 - \beta$) ise 0.95 olarak alınmıştır. Ayrıca, konu ile ilgili benzer ilişkinin araştırıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanılmadığı için Cohen' in standardize edilmiş etki büyüklüğünde korelasyon testi için orta etki büyüklüğünü gösteren 0.3 temel alınarak analiz yapılmıştır. Analiz sonucunda minimum ulaşılması gereken örneklem sayısı 138 kişi çıkmıştır. Ancak araştırmada örneklem kısıtlamasına gidilmemiş olup üç aylık süre içerisinde kadın doğum polikliniğine başvuru yapan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırma kapsamına alınma kriterlerini karşılayan bütün gebeler araştırma kapsamına alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veriler yüz yüze görüşmelerde gebelere araştırmacılar tarafından oluşturulmuş soru formu ve Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Soru formunda gebenin yaşı, eğitim düzeyi, mesleğini, aile tipi, gebelik öncesi dönemde saptanan hastalıkları, gebelik haftası, önceki doğumlarda yaşanan olumsuz deneyimleri,

doğum şekli kararını içeren sorular bulunmaktadır.

Gebelikte psiko-sosyal sağlığı değerlendirmek amacıyla Yıldız tarafından 2011 yılında geliştirilen Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği, 46 maddeden oluşmaktadır ve altı altboyu bulunmaktadır (gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler, kaygı ve strese ait özellikler, aile içi şiddete ait özellikler, psikososyal destek gereksinimine ait özellikler, ailesel özellikler ve gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler).⁵ Ölçekten elde edilen toplam puan madde sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve 1 ile 5 arasında sonuç elde edilir. Sonuçta toplam puan 5 ten uzaklaşıp 1 e yaklaştıkça gebelikte psikososyal sağlıkta o düzeyde problem olduğunu gösterir ve 1 puan psikososyal sağlığın çok kötü olduğunu ifade eder. Alt boyutlarda da aynı değerlendirme söz konusudur ve puan 1 e yaklaştığı ölçüde o faktöre ait problem olduğunu gösterir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütüleceği Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırma, Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve bilimsel kurul onayı alınmıştır (Karar no: 47/5).

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 18.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Veriler SPSS programına kaydedildikten sonra eksik ve hatalı veriler tespit edilerek düzeltilmiştir. Araştırmanın demografik ve obstetrik verilerinin değerlendirilmesinde sayı, yüzde ve ortalama kullanılmıştır. Ölçek puanlarında ise verilerin normal dağılıma uygun olduğu belirlenmiş ve bu nedenle iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Katılımcıların özellikleri

Katılımcıların yaş ortalaması 28.07±5.73 olarak belirlenmiştir. Gebelik haftası ortalaması 34.77±3.80'dir. Gebelerin %51.3'ü ilköğretim mezunu, %76'sı ev hanımı ve %79.3'ü çekirdek aile üyesidir. Katılımcıların %90'ı gebelik öncesi bir sağlık sorunu olmadığını belirtmiştir. Gebelik öncesi sağlık sorunu yaşayan gebeler diyabetis mellitus, tiroid fonksiyon bozukluğu, akciğer hastalığı, hipertansiyon, kalp ve damar hastalığı, kan hastalığı, bel fıtığı, sedef hastalığı ve safra kesesi hastalığı yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 1).

Tablo 1. Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş	28.07±5.73	
Sosyodemografik Özellikler	%	n
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	4.0	6
Okuryazar	5.3	8
İlköğretim	51.3	77
Lise	25.3	38
Üniversite	12.2	18
Lisansüstü	2.0	3
Meslek		
Ev hanımı	76.0	114
Memur	10.0	15
İşçi	12.0	18
Serbest	2.0	3
Aile tipi		
Çekirdek	79.3	119
Geniş	19.3	29
Parçalanmış	1.3	2
Gebelik öncesi sağlık problemi		
Evet	10.0	15
Hayır	90.0	135

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.48±0.69 olarak belirlenmiştir. Gebelerin %45'inin ilk gebeliği iken, %40.7'sinin bir çocuğu bulunmaktadır. Multiparların %34.7'si geçmiş doğumlarında olumsuz deneyim yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Olumsuz deneyim yaşadığını belirtenler; acil sezaryen, mide bulantısı, kordon dolanması, zor doğum, dekolman plasenta ve iç kanama yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Gebelerin %44.7'si doğum şekline hekimin, %21.3'ü kendisinin ve eşinin, %26.7'si hekim,

hemşire ve kendisinin, %7'si sadece kendisinin karar vermesi gerektiğini ifade etmiştir. Gebelerin %53.3'ü önceki doğum şekillerine hekimin karar verdiğini söylemişlerdir. Gebelerin %62'si şimdiki gebeliğinde normal doğum ile doğum yapmak istediğini belirtirken, %38'i sezaryen doğumu tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Normal doğumu tercih edenlerin %43'ü daha sağlıklı olduğu için, %11.8'i iyileşme süreci daha kısa olduğu için, %2.2'si ameliyattan korktuğu için tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. %41.9'u ise normal doğumu tercih etme nedenini belirtmemişlerdir. Sezaryen doğumu tercih edenlerin ise %10.5'i anne ve bebek için daha sağlıklı olduğu için, %15.8'i normal doğumdan korktukları için, %7'si daha kolay olduğu için, %24.6'sı önceki doğumu sezaryen ile gerçekleştirdiği için, %10'u doktor uygun gördüğü için, %1.8'i tüp ligasyon için ve %1.8'i ise tüp bebek yöntemi ile gebe kaldığı için bu doğum şeklini seçtiklerini ifade etmiştir. % 28.1'i ise Sezaryen ile doğumu tercih etme nedenini belirtmemiştir. Gebelerin %34.7'si önceki doğumlarında doğuma yönelik bilgi almadığını söylemiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Gebelerin Obstetrik Öyküsü ve Doğuma İlişkin Görüşleri

Özellikler	$\bar{X} \pm SS$
Gebelik haftası	34.77±3.8
Gebelik sayısı	2.32±1.31
Yaşayan çocuk sayısı	1.48±0.69
Düşük sayısı	1.22±0.5
Küretaj sayısı	1.13±0.35
Ölü doğum sayısı	1.29±0.48

Tablo 2. Gebelerin Obstetrik Öyküsü ve Doğuma İlişkin Görüşleri (devamı)

	%	n
Geçmiş olumsuz doğum deneyimi		
Doğum yapmamış	32.7	49
Evet	4.0	6
Hayır	64.0	96
Olumsuz deneyimin ne olduğu		
Acil sezaryen	0.7	1
Mide bulantısı	0.7	1
Kordon dolanması	0.7	1
Zor doğum	0.7	1
Dekolman plasenta	0.7	1
İç kanama	0.7	1
Önceki doğumda doğum şekli kararı		
Doğum yapmamış	32.7	49
Hekim	53.3	80
Kendisi	6.0	9
Kendisi ve eşi	8.0	12
Doğum şekli kararını kim vermeli		
Doktor	44.7	67
Gebenin kendisi	7.3	11
Gebe ve eşi	21.3	32
Doktor, ebe/hemşire ve gebe birlikte	26.7	40
Şimdiki gebelikte tercih edilen doğum şekli		
Normal doğum	62.0	93
Sezaryen doğum	38.0	57

Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği puanı 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır ve ölçek puanı 5'e yaklaştıkça psikososyal sağlık iyilik yönüne kaymaktadır. Çalışmada katılımcıların ölçek puan ortalaması 3.13 ± 0.33 olarak bulunmuştur. Bu durumda psikososyal sağlığın orta düzeyde olduğu söylenebilir. Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler alt boyutu puanı 2.05 ± 0.57 , kaygı ve strese ait özellikler alt boyutu puanı 3.23 ± 0.70 , aile içi şiddete ait özellikler alt boyutu puanı 4.53 ± 0.60 , psikososyal destek gereksinimine ait özellikler alt boyutu puanı 3.42 ± 0.64 , ailesel özellikler alt boyutu puanı 1.79 ± 0.71 ve gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler alt boyutu puanı 3.77 ± 0.72 olarak belirlenmiştir. Gebelerin en fazla sorun yaşadığı alan ailesel özellikler alt boyutu iken, ölçek puanının en yüksek olduğu alan ise aile içi şiddete ait özellikler bölümü olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

Çalışmamızda, katılımcıların GPSDÖ puan ortalaması 3.13 ± 0.33 olarak bulunmuş, psikososyal sağlığın orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Priest ve arkadaşları¹¹ psikososyal risk değerlendirme modeli kullanarak gebelerde psikososyal risk faktörlerini değerlendirdikleri çalışmada, 2142 gebe kadın psikososyal açıdan değerlendirilmiş ve bu kadınların %70.6'sında risk yok/düşük risk, %24.1'inde orta düzeyde risk, %5.3'ünde ise yüksek risk olduğu saptanmıştır. Gümüşdaş ve arkadaşları¹² ile Yıldız⁵ yapmış oldukları çalışmalarda gebelerin, gebelik boyunca psikososyal sağlıklarının orta düzeyde olduğunu saptamaları, çalışmamızı destekler niteliktedir. Gebelerin trimesterlere göre psikososyal sağlıkları incelediğinde, doğal yolla gebe kalanların psikososyal sağlıklarının birinci ve ikinci trimesterde "iyi" ve son trimesterde "çok iyi" düzeyde olduğu belirlenirken, yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınların son trimesterde yaşadıkları kaygı düzeyinin arttığı ve psikososyal sağlıklarının orta olduğu saptanmıştır.²

Tablo 3. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

Altboyut	$\bar{X} \pm SS$
Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler (GİAÖ)	2.05 ± 0.57
Kaygı ve strese ait özellikler (KSAÖ)	3.23 ± 0.70
Aile içi şiddete özellikler (AİŞAÖ)	4.53 ± 0.60
Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler (PDGAÖ)	3.42 ± 0.64
Ailesel özellikler (AÖ)	1.79 ± 0.71
Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler (GİFDAÖ)	3.77 ± 0.72
Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Total (GPSDÖ)	3.13 ± 0.33

Çalışmamızda, gebelerin "gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler" alt boyutu puanı "kötü" (2.05 ± 0.57) ve ailesel özellikler alt boyutu puanı "çok kötü" (1.79 ± 0.71) olarak belirlenmiştir. Destekleyici ilişkinin sağlığı yükseltme, olası sağlık problemlerini önleme,

stresin etkilerine karşı korunma ve başatmaların güçlendirilmesinde önemli bir rol oynadığı ileri sürülmektedir.¹³⁻¹⁶ Anne adayının eşi ile olan ilişkisinin niteliği ile ruh sağlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.¹⁷ Gebelikte anksiyete ve depresyonu etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada, algılanan sosyal desteğin depresyon ve anksiyete üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.¹⁸ Özellikle eşler arasındaki ilişki ile gebelik süresince anne adayının ruh sağlığı arasında anlamlı bir ilişkinin ve gebelikte eş desteği az olan kadınlarda depresyon skorunun daha yüksek olduğunun saptanmıştır.¹⁷ Yapılan bir başka çalışmada, gebelerin %22,1'inin gebeliği süresince yardım/destek aldığı kimse olmadığını ifade ettiği, %61,5'inin gebeliği süresince eşinden, %16,3'unun ise aile bireylerinden (anne-kayınvalide-kardeş) yardım aldığını belirttiği saptanmıştır.¹⁹ Keskin² yaptığı çalışmada, gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler alt boyutu puanını 4.78±0.23 ve ailesel özellikler alt boyutu puanını 4.75±0.33 olarak belirlemiştir. Bu çalışmanın sonuçlarının gebelerin sosyal desteğe olan ihtiyaçlarını ortaya koyduğu, gebenin eşi ve ailesi ile güvenli bir ilişki kurmasının ve bu kişilerin desteğinin artırılmasının, annenin psikososyal sağlık düzeyinin yükseltilmesinde yararlı olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda, gebelik öncesi sağlık problemi yaşayanların gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklik algılarının (4.12±0.50) sorun yaşamayanlardan daha iyi düzeyde olduğu (3.73±0.73) ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Elde ettiğimiz bu bulgunun gebeliğe eşlik eden sağlık probleminden dolayı gebelerin rutin kontrollerinin daha sık yapılmasından ve gebenin gebeliği ile birlikte, fetusun

sağığına ilişkin bilgi sahibi olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Normal doğum tercih edenlerin gebelikte psikososyal sağlık durumu ölçeği puanı 3.13±0.3, sezaryen doğum tercih edenlerin ise 3.14±0.29 olarak belirlenmiştir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4). Gebelikte psikososyal sağlığı doğum tercihi üzerine bir etkisinin olmadığı, normal doğumu tercih edenlerin ölçek puan ortalamasının sezaryen doğumu tercih edenlerden 0.01 puan düşük olduğu belirlenmiştir.

Normal doğum tercih edenlerin gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler, ailesel özellikler ve gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler altboyutu puan ortalamalarının sezaryen doğum tercih edenlerinkinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kaygı ve strese ait özellikler, aile içi şiddete ait özellikler ve psikososyal destek gereksinimine ait özellikler alt boyutu puan ortalamaları ise normal doğum yapanlarda daha düşük bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4).

Gebelik öncesi sağlık problemi yaşayanların (1.48±0.50) ailesel özelliklerinin yaşamayanlara göre (1.82±0.72) biraz daha zayıf olduğu söylenebilir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p<0.05) (Tablo 4). Gebelik öncesinde sağlık sorunu yaşayanların (4.12±0.50), gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklik algılarının sorun yaşamayanlardan daha az olduğu (3.73±0.73) ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Önceki doğumunda sorun yaşayanların gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler, ailesel özellikler ve gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler altboyutu puan ortalamalarının yaşamayanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Önceki gebeliğinde sorun yaşamayanların ailesel özelliklerini sorun yaşayanlardan daha iyi algıladıkları söylenebilir (p<0.05).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın sonucunda multipar gebelerin çoğunluğunun geçmiş doğumlarında olumsuz gebelik veya doğum deneyimi yaşamadığı saptanmıştır. Gebelerin yaşadığı olumsuz deneyimler ise acil sezaryen, mide bulantısı, kordon dolanması, zor doğum, dekolman plasenta ve iç kanama olarak sıralanmıştır. Katılımcıların yarısına yakınının doğum şekline hekimlerinin karar verdiği görülmüştür. Ayrıca, gebelerin çoğunun şimdiki gebeliğinde normal doğum

yapmak istediği belirlenmiştir. Çalışma bulgularına göre gebelikte psikososyal sağlığın doğum tercihi üzerine bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; ülkemizdeki sezaryen oranlarının azaltılmasında yalnızca gebelerin psikososyal sağlığının güçlendirilmesinin önemli olmadığı, ayıca hekimlerin normal doğuma teşvik edici uygulamalar ile yönlendirilmesi gerektiği söylenebilir.

KAYNAKLAR

1. Beebe, K.R., Lee, K.A., Kolhman, V.C. and Humpreys, J. (2007). "The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor". *Journal of Obstetrics, Gynecological and Neonatal Nursing*, 36: 410-418.
2. Keskin, G. (2014). Doğal ya da yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınların trimesterlere göre psikososyal sağlıkları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
3. Özkan, S., Sakal, F.N., Avcı, E., Civil, E.F. ve Tunca, M.Z. (2013). "Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler". *Turkish Journal of Public Health*, 11:59-71.
4. Kuğu, N. ve Akyüz, G. (2001). "Gebelikte ruhsal durum". *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23:61-64.
5. Yıldız, H. (2011). "Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması". *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4:63-74.
6. Ayhan, A., Durukan, T., Günalp, S., Gürkan, T., Önderoğlu, L.S. ve Yaralı, H. (2008). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara:Güneş Tıp Kitabevleri.
7. Babacan-Gümüş, A., Çevik, N., Hataf-Hyusni, S., Biçen, Ş., Keskin, G. ve Tuna-Malak, A. (2011). "Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikler". *Anatolian Journal of Clinical Investigating*, 5:7-14.
8. Joseph, J.G., El-Mohandes, A.A.E., Kiely, M., El-Khorazaty, M.N., Gantz, M.G. and Johnson, A.A. (2009). "Reducing psychosocial and behavioral pregnancy risk factors: Results of a randomized clinical trial among high-risk pregnant african american women". *American Journal of Public Health*, 99:1053-1061.
9. Çalık, K.Y. ve Aktaş, S. (2011). "Gebelikte Depresyon: Risk faktörleri ve tedavisi". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3:142-162.
10. Şahin, S., Özdemir, K., Ünsal, A., Cevrioğlu, A.S. ve Sevimli, D. (2013). "Bir grup gebe kadının doğum tercihi ve doğuma ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi". *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E- Dergisi*, 1: 28-38.
11. Priest, S.R., Austin, M.P., Barnett, B.B. and Buist, A. (2008). "A psychosocial risk assessment model (PRAM) for use with pregnant and postpartum women in primary care settings". *Archives of Womens Mental Health*, 11:307-317.
12. Gümüşdaş, M., Ejder-Apay, S. ve Özorhan, E.Y. (2014). "Riskli olan ve olmayan gebelerin psikososyal sağlığının karşılaştırılması". *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1:32-42.
13. Kersten, I., Lange, A.E., Haas, J.P., Fusch, C., Lode, H. and Hoffmann, W. (2014). "Chronic diseases in pregnant women: prevalence and birth outcomes based on the SNIp-study". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:75-78.
14. Tan, M., Okanlı, A., Karabulutlu, E. ve Erdem, N. (2005). Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi". *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8:32-39.
15. Aras, A. ve Tel, H. (2009). "Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi". *Türk Toraks Dergisi*, 10:63-68.
16. Taşkın, L. (2012). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
17. Bilszta, J.L.C., Tang, M., Meyer, D., Milgrom, J., Ericksen, J. and Buist, A.E. (2008). "Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental health". *Australian&New Zeland Journal of Psychiatry*, 42:56-65.
18. Karaçam, Z. ve Ançel, G. (2009). "Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population". *Midwifery*, 25:344-356.
19. Vırt, O., Akbaş, E., Savaş, H.A., Sertbaş, G. ve Kandemir, H. (2008). "Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi". *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45:9-13.

Tablo 4. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarının doğum tercihi, gebelik öncesi sağlık problemi ve önceki gebelikte olumsuz deneyim yaşama durumuyla ilişkisi

Değişkenler	GEİAÖ		KSAÖ		AİŞAÖ		PDGAÖ		AÖ		GİFDAÖ	
	$\bar{X} \pm SS$	P	$\bar{X} \pm SS$	P	$\bar{X} \pm SS$	P	$\bar{X} \pm SS$	P	$\bar{X} \pm SS$	P	$\bar{X} \pm SS$	P
Doğum tercihi												
Normal	2,08±0,63		3,18±0,68		4,46±0,65		3,40±0,72		1,82±0,71		3,81±0,71	
Sezaryen	2,01±0,45	,72	3,33±0,72	,46	4,64±0,48	,21	3,44±0,48	,07	1,74±0,71	,66	3,71±0,74	,38
Gebelik öncesi sağlık problemi												
Evet	1,96±0,53		3,48±0,68		4,63±0,70		3,47±0,72		1,48±0,50		4,12±0,50	
Hayır	2,07±0,57	,47	3,21±0,69	,16	4,52±0,59	,56	3,41±0,63	,76	1,82±0,72	,02	3,73±0,73	,01
Önceki gebelikte olumsuz deneyim												
Evet	1,96±0,53		3,48±0,68		4,63±0,70		3,47±0,72		1,48±0,50		4,12±0,50	
Hayır	2,07±0,57	,48	3,21±0,69	,16	4,52±0,59	,56	3,41±0,63	,76	1,81±0,72	,02	3,73±0,73	,14

GEİAÖ: Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler; KSAÖ: Kaygı ve strese ait özellikler; AİŞAÖ: Aile içi şiddete ait özellikler; PDGAÖ: Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler; AÖ: Ailesel özellikler; GİFDAÖ: Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler.

Hemşirelerin Çocuk Sevme Düzeyleri ve Çocuk Yetiştirme Tutumları

Level of Nurses' Liking Children and Attitudes of Child Raising

Melahat AKGÜN KOSTAK¹, Remziye SEMERCİ², Esra Nur KOCAASLAN³

ÖZET

Bu çalışma çocuk sahibi hemşirelerin çocuk sevme düzeylerini ve çocuk yetiştirme tutumlarını belirlemek amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki çalışma bir üniversite hastanesinde çalışan ve çocuk sahibi olan 65 hemşire ile yürütüldü. Veriler "Anket Formu", "Barnett Çocuk Sevme Ölçeği" ve "Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği" ile toplandı. Hemşirelerin çocuk sayıları ile "Barnett Çocuk Sevme Ölçeği" puanları arasında pozitif, "Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği"; "Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma" ve "Sıkı Disiplin" alt boyut puanları arasında negatif korelasyon vardı ($p<0,05$). Lisans ve lisansüstü eğitime sahip olan hemşirelerin "Aşırı Koruyuculuk" puan ortalamaları, aile gelir düzeyi iyi olan hemşirelerin "Sıkı Disiplin" puanları daha yüksek bulundu. Çocuk servisinde çalışan hemşirelerin "Barnett Çocuk Sevme Ölçeği" ve "Aşırı koruyuculuk", çocuk yetiştirme ve bakımı konusunda bilgi alan hemşirelerin "Aşırı Koruyuculuk" ve "Sıkı Disiplin" alt boyut puan ortalamaları yüksek bulundu. Çocuk servislerinde çalışan ve çocuk sayısı fazla olan hemşirelerin çocuk sevme düzeyleri daha iyi idi. Çocuk servislerinde çalışan, lisans ve üstü eğitime sahip ve çocuk yetiştirme konusunda bilgi alan hemşirelerin çocuk yetiştirme konusunda aşırı koruyucu oldukları; çocuk sayısı az ve geliri iyi düzeyde olan hemşirelerin çocuk yetiştirmede sıkı disiplin tutumlarının daha fazla olduğu bulundu.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Çocuk Sevme, Çocuk Yetiştirme

ABSTRACT

This study was conducted to determine the level of nurses' liking children and attitudes of child-raising. This descriptive and cross-sectional study was conducted with 65 nurses who had children and working in a university hospital. Data was collected by "Survey", "Barnett Liking Children Scale", "Parental Attitude Research Instrument". It was found that a positive correlation between the number children of nurses and "Barnett Liking Children Scale" scores and a negative correlation among the number children of nurses and "Parental Attitude Research Instrument"; "Democratic Attitudes and Equality" and "Strict Discipline" scores ($p<0.05$). Nurses who had degree and post degree education had high scores of "Overload Protection", nurses who had good income level had high score of "Strict Discipline". It was found that nurses who worked in pediatric clinics had high score of "Barnett Liking Children Scale" and "Overload Protection", nurses who took information about child-raising had high scores of "Overload Protection" and "Strict Discipline". It was found that nurses who had graduate and postgraduate education, worked in pediatric clinics and took information about raising children showed more overload protection in raising child, nurses who had less children and had good income level showed more strict discipline attitude in raising child.

Keywords: Nurse, Liking Children, Raising Child

*Bu çalışma 5. Ulusal 2. Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur (15-18 Kasım 2015 / Ankara)

¹Doç. Dr. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Edirne, Türkiye

²Arş. Gör. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Edirne, Türkiye

³Arş. Gör. Uzm. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Edirne, Türkiye

GİRİŞ VE AMAÇ

Sevgi, insanları birbirine yaklaştıran olumlu ve iyi duyguların tümü olarak tanımlanır.¹ Yetişkin bireyler, sevme ve ait olma ihtiyaçlarını seçebilir ya da biçimlendirebilir iken çocukların sevgi ihtiyaçları buldukları koşullar içerisinde şekillenmektedir.^{2,3} Çocuğun sağlıklı ve olumlu bir kişilik geliştirmesi için sevgiye ihtiyacı vardır¹ ve bunun temeli ailede atılır.⁴

Sağlıklı bireylerin ve sonucunda sağlıklı toplumun oluşması, sağlıklı anne-baba-çocuk ilişkisine bağlıdır.⁵ Çocuğun doğumundan itibaren sürekli olarak beraber olduğu kişiler anne ve babasıdır.^{4, 6} Anne ve baba çocuğun bakımında ve sağlıklı olarak yetiştirilmesinde büyük önem taşımaktadır.⁷ Bu yüzden anne-babanın sevgi dolu ve olumlu tutumları çocuk için oldukça önemlidir.⁸

Anne ve babalar çocuklarını yetiştirirken farklı tutumlar gösterirler. Bu tutumlar genel anlamda; aşırı koruyucu, baskıcı ve otoriter, ilgisiz, izin verici ve demokratik tutum şekilleridir.^{4,5,9} Aşırı koruyucu tutumda ebeveynler sürekli çocuğu denetler ve çocuğun bağımsız bir birey olarak gelişmesini engellerler.⁵ Baskıcı ve otoriter tutumda ebeveynler çocuktan kendilerinin uygun gördüğü gibi davranmalarını isterler.^{4, 10} İlgisiz tutumda ebeveynler çocukla ilgilenmez ve çocuğun ihtiyaçlarını karşılamazlar. İzin verici tutumda ise çocuğa çok fazla özgürlük tanır ve sonucunda çocuğu kontrol altına alamazlar. Demokratik tutum sergileyen ebeveynler ise çocuğun uygun olmayan davranışlarını açıklar ve gerektiğinde bu kurallara uymasını ister.¹⁰ Bu tutumlar içinde demokratik anne baba tutumu, çocuk için en uygun olan tutumdur. Bu tutumda büyüyen çocuklar, sağlıklı bir kişilik yapısı geliştirirler.^{5, 10}

Kişilik gelişiminin en önemli kısmının oluştuğu çocukluk döneminde anne babaların çocuklarını yetiştirirken hangi tutumları sergiledikleri önemlidir.^{9, 11} Sağlıklı bir aile ortamında ve anne-babanın olumlu tutumları ile yetişen çocuk, bağımsız bir birey olabilir.^{8,12} Böylece kendi kendine yetmeyi kendi kararlarını almayı, kendisiyle barışık olmayı ve kendisini sevmeyi öğrenir. Aile ile olumsuz ilişki kuran ve anne-babanın olumsuz tutumlarına maruz kalan çocuk ise içe kapanık ve kendine güvensiz bir birey olarak yetişecektir.^{9,12,13} Kısacası anne babanın tutumları ve aile içi etkileşimlerin sağlıklı olması çocuğun psikolojik ve entelektüel gelişiminde önemlidir.⁵

Her yaş grubu ile etkileşim halinde olan hemşirelik ise, insanlara doğrudan hizmet veren meslek grubu içinde yer almaktadır.¹⁴ Hemşirelik mesleğinin temelini hümanizm oluşturmaktadır. Aynı zamanda bireyin bilgi, duygu ve düşüncelerini tanılama ve bunları karşılamak için eylemlerde bulunan bir meslektir.¹⁵ Hemşirelerin bu özelliklerinden dolayı çocuk sevme ve çocuk yetiştirme tutumlarının daha iyi olması beklenebilir.

Bu bağlamda hemşirelerin ebeveyn olarak çocuk sevme ve yetiştirme tutumlarının, bu tutumların hemşirelik mesleğinden etkilenip etkilenmediğinin bilinmesi önemlidir.¹¹ Ülkemizde hemşirelerin çocuk sevme durumları ile ilgili çalışmalar sınırlı ve oldukça yeni olup^{12, 16}, daha çok öğretmenlerin çocuk sevme durumları ile ilgili olduğu görülmektedir.¹⁷⁻²⁰ Bu nedenle araştırma, çocuk sahibi olan hemşirelerin çocuk sevme düzeyleri ve çocuk yetiştirme tutumlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlandı.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini 15.08.2015-15.10.2015 tarihleri arasında Edirne ili Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, çocuk sahibi olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 65 hemşire çalışmaya dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Veriler "Anket Formu", "Barnett Çocuk Sevme Ölçeği" ve "Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği" ile toplandı.

Anket Formu: Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirildi.^{17, 18, 20, 21} Form, hemşirelerin sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, aile tipi, aile gelir düzeyi, eşin eğitim durumu, çalıştığı bölüm, çalışma yılı, vb.) ve çocuk yetiştirme ilgili deneyim ve düşüncelerini içeren (daha önce çocuk bakma durumu, çocuk yetiştirme konusunda kendini yeterli hissetme durumu, çocuk bakımında aldığı destekler, çocuk oyunları oynama durumu, çocuk dergisi okuma durumu, gönüllü kuruluşlarda çalışma durumu) 23 sorudan oluştu.

Barnett Çocuk Sevme Ölçeği (BÇSÖ):

Barnett ve Sinisi (1990) tarafından insanlara çocuklara yönelik tutumlarını ölçme amacıyla geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır. Ölçek 14 soruluk "Hiç Katılmıyorum" 1'den "Tamamen Katılıyorum" 7'ye kadar puanlanan likert tipli bir ölçektir. Ölçekten en düşük 14 puan, en yüksek 98 puan alınabilmektedir. Yüksek puan bireylerin çocuk sevme düzeylerinin yüksek olduğunu, düşük puan ise bireylerin çocukları sevme düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir (Barnett ve Sinisi 1990). Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Duyan ve Gelbal (2008) tarafından yapılmıştır. Duyan ve Gelbal

(2008) ölçekten alınan 14-38 puanı düşük, 39-74 puanı orta, 75-98 puanı yüksek çocuk sevme puanı olarak belirtmiştir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,92 olarak (Duyan ve Gelbal, 2008) bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach alpha değeri 0,93 bulundu.

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği:

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği, Schaefer ve Bell (1958) tarafından geliştirilmiştir. Güney ve ark. (1978) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan ölçek, anne babaların çocuk yetiştirme tutumlarını ölçmektedir. Ölçek toplam 60 sorudan oluşmaktadır. Ölçek "Aşırı Koruyuculuk", "Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma", "Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme", "Karı-Koca Geçimsizliği", "Sıkı Disiplin" olmak üzere 5 faktörden oluşmaktadır. Testin yanıtlanmasında "Hiç uygun bulmuyorum=1", "Biraz uygun buluyorum=2", "Oldukça uygun buluyorum=3" ve "Çok uygun buluyorum=4" şıklarından birinin seçilmesi ve yanıtlanması istenmektedir. Her alt boyut puanının yüksekliği o boyutta yansıtılan tutumun onaylandığını göstermektedir.

Veriler araştırmacılar tarafından hemşirelerin çalıştıkları kliniklerde toplandı. Hemşirelere araştırmanın amacı açıklandı. Gönüllü hemşirelerin sözel onamları alındıktan sonra anket formları ve ölçekler dağıtıldı. Hemşirelerin anket formu ve ölçekleri doldurması yaklaşık 15 dakika sürdü.

İstatiksel Analiz

Araştırmanın verileri SPSS 19.0 programında analiz edildi. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, çocuk sevme ve çocuk yetiştirmeye yönelik görüşleri sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi. Hemşirelerin bazı sosyodemografik özellikleri (yaş, çalışma yılı, çocuk sayısı vb.) ile BÇSÖ ve Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişkiler Spearman kolerasyon analizi ile değerlendirildi.

Hemşirelerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile 'BÇSÖ' ve 'Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği' alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiler verilerin dağılım özelliklerine göre; Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis Testi ile analiz edildi. $p < 0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 15.08.2015 tarihli 15/06 nolu karar izni, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Başhekimliğinden yazılı izin alındı. Anket formları ve ölçekler dağıtılmadan önce hemşirelere araştırmanın amacı açıklandı. Araştırmaya katılmaya gönüllü hemşirelere anket formları ve ölçeklere isim yazmamaları, elde edilen bilgilerin bilimsel amaçla kullanılacağı söylendi ve sözel onamları alındı.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $35,0 \pm 6,45$ (min:22, max:53), çalışma yılı ortalaması $13,13 \pm 7,37$ (min:1, max:30) idi. Hemşirelerin %95,4'ü kadın, %98,5'i evli, yarıdan fazlası (%56,9) lisans mezunu idi. Hemşirelerin %92,3'ü çekirdek aile yapısında, %66,2'si orta aile gelir düzeyinde, %67,7'si ise bir çocuğa sahip idi. Hemşirelerin %33,8'i dahili kliniklerde, %24,6'sı cerrahi kliniklerinde ve %21,5'i çocuk kliniklerinde çalışmakta idi (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin bazı özelliklerine göre dağılımı

ÖZELLİKLER	Sayı	%
Eğitim düzeyi		
Lise ve Ön Lisans	17	26,2
Lisans ve üstü	48	73,8
Aile yapısı		
Çekirdek	61	93,8
Geniş	4	6,2
Aile gelir düzeyi		
Orta	44	67,7
İyi	21	32,3
Çalışılan bölüm		
Dahili klinikler	22	33,8
Cerrahi klinikler	16	24,6
Çocuk kliniği	14	21,5
Yetişkin Acil-Ameliyathane	11	16,9
Psikiyatri kliniği	2	3,2
Çocuk sayısı		
1	44	67,7
2 ve üstü	21	32,3

Hemşirelerin %52,3'ü çocuğunun bakımını eşiyile beraber, %40'ı tek başına üstlendiğini ifade etti. Hemşirelerin %81,5'i çocuk yetiştirme konusunda kendisini yeterli hissetmekte, %23,1'i daha önce bir çocuğa bakmış, %50,8'i çocuk yetiştirme konusunda bilgi almıştı. Hemşirelerin %67,7'sinin çocuk bakımında kitap, dergi, internetten, %43,1'inin uzman kişilerden yardım aldığı bulundu. Hemşirelerin %52,3'ü çocuk dergilerini, %92,3'ü çocuklarla ilgili haberleri takip etmekte idi. Katılımcıların %95,4'ünün çocuk oyunlarını bildiği, %6,2'sinin çocuklara hizmet veren gönüllü kurum ve kuruluşlarda çalıştığı belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin çocuklarla ilgili deneyim ve düşüncelerine göre dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Çocuk bakma deneyimi durumu		
Evet	15	23,1
Hayır	50	76,9
Çocuğunun bakımında sorumluluk alma durumu*		
Kendim	26	40,0
Ben ve eşim	34	52,3
Ben ve bakıcı	11	17,0
Ben ve ailem	35	53,8
Kendinizi çocuk yetiştirme konusunda yeterli hissetme durumu		
Evet	53	81,5
Hayır	12	18,5
Çocuk yetiştirme konusunda bilgi alma durumu		
Evet	33	50,8
Hayır	32	49,2
Çocuk yetiştirme konusunda bilgi alma kaynakları*		
Uzman kişiler	28	43,1
Aile büyükleri	26	40,0
Arkadaş/yakın çevre	22	33,8
Kitap, dergi, gazete, internet...	44	67,7
Çocuk dergilerini takip etme durumu		
Evet	34	52,3
Hayır	31	47,7
Çocuklarla ilgili haberleri takip etme durumu		
Evet	60	92,5
Hayır	5	7,7
Çocuk oyunlarını bilme durumu		
Evet	62	95,4
Hayır	3	4,6
Çocuklara hizmet veren kurum ve kuruluşlarda çalışma durumu		
Evet	4	6,2
Hayır	61	93,8

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hemşirelerin BÇSÖ toplam puan ortalaması 87,8±14,13, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği, Faktör 1: Aşırı Koruyuculuk alt boyut puanı 40,24±9,0, Faktör 2: Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma 19,89±4,18, Faktör 3: Annenin Ev

Kadınlığını Rolünü Reddetmesi 36,81±6,77, Faktör 4: Karı-Koca Geçimsizliği 16,63±3,62, Faktör 5: Sıkı Disiplin alt boyut puanı 47,03±7,15 idi (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşirelerin 'BÇSÖ' ve 'Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği' Puan Ortalamaları

Ölçekler	X±SS	Min-Max
BÇSÖ	87,58±14,13	17,00-98,00
Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği		
Faktör 1: Aşırı Koruyuculuk	40,24±9,0	16,00-56,00
Faktör 2: Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma	19,89±4,18	9,00-28,00
Faktör 3: Annenin Ev Kadınlığı Rolünün Reddetmesi	36,81±6,77	22,00-52,00
Faktör 4: Karı-Koca Geçimsizliği	16,63±7,15	6,00-24,00
Faktör 5: Sıkı Disiplin	47,03±7,15	24,00-62,00

Hemşirelerin sahip olduğu çocuk sayıları ile BÇSÖ puanları arasında pozitif yönde (r=0,302, p=0,014), Faktör 2: Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma, Faktör 5: Sıkı Disiplin alt boyut puanları arasında negatif

yönde kolerasyon vardı (r=-0,284, p=0,022; r=0,279, p=0,025). Hemşirelerin yaşları ve çalışma yılları ile BÇSÖ ve Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği alt boyut

puanları arasında ilişki bulunmadı ($p>0,05$). | (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelerin Yaş, Çalışma Yılı ve Çocuk Sayıları ile BÇSÖ ve Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki Kolerasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyleri (n:65)

		BÇSÖ	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5
Yaş	r_s	-0,021	0,023	-0,048	-0,044	-0,029	-0,148
	p	0,866	0,859	0,707	0,730	0,820	0,239
Çalışma Yılı	r_s	-0,066	0,100	0,038	-0,009	-0,054	-0,020
	p	0,600	0,427	0,763	0,945	0,669	0,877
Çocuk Sayısı	r_s	0,302	-0,218	-0,284	-0,218	-0,046	-0,279
	p	0,014	0,081	0,022	0,081	0,714	0,025
BÇSÖ	r_s	-	0,066	0,033	0,167	0,136	0,049
	p	-	0,599	0,796	0,183	0,281	0,698

r_s = Spearman Korelasyon analizi

Hemşirelerin eğitim durumları ile ‘Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği’; Aşırı Koruyuculuk alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardı ($p=0,015$). Lisans ve üstü eğitime sahip olan hemşirelerin “Aşırı Koruyuculuk” puanları yüksekti (Tablo 5).

Hemşirelerin aile gelir düzeyleri ile ‘Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği’; Sıkı Disiplin alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardı ($p=0,042$). Aile gelir düzeyi iyi olan hemşirelerin “Sıkı Disiplin” alt boyut puanları daha yüksekti (Tablo 5).

Hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile BÇSÖ ve ‘Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği’ alt boyut puan ortalamaları

arasında istatistiksel anlamlı fark vardı ($p=0,007$; $p=0,040$). Çocuk servisinde çalışan hemşirelerin “Aşırı Koruyuculuk” alt boyut puan ortalamaları ve BÇSÖ puan ortalamaları daha yüksek idi. (Tablo 5).

Çocuk yetiştirme konusunda bilgi alan hemşireler ile bilgi almayan hemşireler arasında ‘Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği’: “Aşırı Koruyuculuk” ve “Sıkı Disiplin” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark vardı ($p=0,050$; $p=0,015$). Çocuk yetiştirme konusunda bilgi alan hemşirelerin “Aşırı Koruyuculuk” ve “Sıkı Disiplin” alt boyut puan ortalamaları bilgi almayanlara göre daha yüksek idi (Tablo 5).

Tablo 5. Hemşirelerin Bazı Özellikleri ile BÇSÖ ve Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	BÇSÖ
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Eğitim Durumu						
Lisans ve altı	34,57±4,65	17,57±4,16	35,14±3,98	17,14±2,73	44,14±4,01	80,71±28,16
Lisans ve üstü	40,78±6,68	19,91±4,30	36,24±6,99	16,27±3,98	46,19±8,04	89,22±7,99
İstatiksel Değerlendirme	U=246,00 p=0,015	U=361,00 p=0,482	U=400,00 p=0,905	U=327,50 p=0,227	U=360,00 p=0,473	U=371,00 p=0,579
Gelir Düzeyi						
Orta	47,00±9,09	19,56±4,24	36,09±6,01	16,14±3,73	39,00±7,54	91,00±13,67
İyi	42,62±8,56	20,38±4,12	38,67±7,93	17,67±3,34	49,52±5,68	88,76±15,62
İstatiksel Değerlendirme	U=343,50 p=0,096	U=419,00 p=0,545	U=372,50 p=0,209	U=359,00 p=0,146	U=317,50 p=0,042	U=369,00 p=0,190
Çalıştığı klinik						
Çocuk kliniği	42,95±8,77	18,95±3,62	37,50±7,21	16,65±3,79	47,70±7,31	93,40±4,73
Yetişkin kliniği	39,04±8,93	20,31±4,39	36,51±6,63	16,62±3,60	46,73±7,15	85,00±16,09
İstatiksel Değerlendirme	U=305,50 p=0,040	U=350,00 p=0,154	U=423,00 p=0,701	U=446,00 p=0,954	U=400,00 p=0,476	U=262,00 p=0,007
Çocuk Yetiştirme Konusunda Bilgi Alma						
Evet	42,21±8,62	19,85±4,84	38,42±7,15	17,09±3,90	48,82±7,86	90,72±7,25
Hayır	38,22±9,07	19,94±3,45	35,16±6,03	16,16±3,30	45,19±5,93	84,34±18,36
İstatiksel Değerlendirme	U=379,00 p=0,050	U=522,50 p=0,942	U=369,00 p=0,370	U=437,50 p=0,232	U=342,50 p=0,015	U=429,50 p=0,195

U=Mann Whitney U Testi

Araştırmada; hemşirelerin çalıştığı birim, sahip oldukları çocuk sayısı, eğitim ve aile gelir düzeyleri, çocuk yetiştirme konusunda bilgi alma durumlarının hemşirelerin çocuk sevme düzeylerini ve çocuk yetiştirme tutumlarını etkilediği görüldü.

Hemşirelerin çoğunun çocuk yetiştirme konusunda kendini yeterli hissettiği ve çocuk yetiştirme konusunda bilgi aldığı belirlendi. Hemşirelerin çoğunluğu (%95,4) çocuk oyunlarını bilmekte, çocuk ile ilgili haber ve dergileri takip etmekteydiler (Tablo 2). Gelban ve Duyan (2010) ilköğretim öğretmenlerinin çoğunun çocuk oyunlarını bildiklerini ve çocuklarla ilgili haberleri takip ettiklerini, çocuk oyunlarını bilen, çocuklar ile ilgili haberleri takip eden ve çocuklara hizmet veren kurum ve kuruluşlarda gönüllü olarak çalışan öğretmenlerin çocuk sevme puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdi. Akgün Kostak çocuklarla oyun oynamayı seven ebeklik ve hemşirelik öğrencilerinin çocuk sevme puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştı.

Bu araştırmada hemşirelerin BSCÖ toplam puan ortalaması 87,58±14,13 bulundu (Tablo 3). Erdem ve Duyan (2011)

hemşirelerin çocuk sevme puanlarını 82,07±16,35, Tural Büyük ve ark. (2014) 85,01±11,65, Akgün Kostak (2013) ebeklik ve hemşirelik öğrencilerinin 82,35±14,0, Kabaklı Çimen (2016) okul öncesi öğretmenlerinin puanlarını 88,68±8,42 olarak bildirmişlerdi. Literatür incelendiğinde ülkemizde en çok öğretmenlerin ve son yıllarda da hemşirelerin çocuk yetiştirme tutumlarının ve çocuk sevme düzeylerinin araştırıldığı görülmektedir. Öğretmenlerin çocuklarla çalışması, sürekli iletişim ve etkileşim durumunda olmasından dolayı çocuk sevme puan ortalamalarının yüksek olduğu söylenebilir. Francis Reiter Kreuter (1957) hemşirelerin “annelik rolü” ne vurgu yapmış ve hemşirelerin anne-çocuk ilişkisinde olduğu gibi hastalarını koruduğunu, onlara danışmanlık yaptığını, hastaların yapamadıkları bakımları hastalara sağladığını ve hastaları bütüncül olarak desteklediklerini belirtmiştir²⁰. Kreuter’in dediği gibi hemşireler görevlerini zorunluluktan değil sahip oldukları hümanistik değerler ve insan sevgisi ile yerine getirmektedirler. Bu bağlamda

hemşirelerin çocuk sevme düzeylerinin yüksek olması beklenebilir.

Bu çalışmada hemşirelerin sahip oldukları çocuk sayısı arttıkça çocuk sevme puanlarının arttığı bulundu. Kabaklı Çimen (2016) ve Gelbal ve Duyan (2010) da çocuk sahibi olan öğretmenlerin çocuk sahibi olmayanlara göre daha yüksek çocuk sevme puanına sahip olduklarını belirtmişlerdi. Tural Büyük ve ark. (2014) hemşirelerin, Ercan (2014) öğretmenlerin çocuk sayısı ile çocuk sevme düzeyleri arasında ilişki olmadığını saptamıştı. Çocuk sahibi olan ebeveynlerin diğer çocuklarla iletişime geçmelerinde özdeşim ve empati yapabilmeleri, çocuk bakımı konusunda bilgili ve deneyimli olmaları çocuk sevme düzeylerini olumlu etkilediği söylenebilir.

Bu çalışmada hemşirelerin sahip oldukları çocuk sayısı arttıkça çocuk yetiştirmede demokratik tutum ve sıkı disiplin tutumunu daha az sergiledikleri bulunmuştu. Özyürek Tezel ve Şahin (2005) ise annelerin çocuk sayısı arttıkça daha koruyucu, disiplinli olduklarını ancak bu çalışma ile paralel olarak demokratik tutumlarının azaldığını belirtmişlerdi. Ülkemizde çocuk yetiştirme konusunda geleneksel kültürün etkisinin görüldüğü, fakat değişen koşullar ile özellikle çalışan ebeveynlerde çocuk bakımında her iki ebeveynin sorumluluk alması ile otoriter tutumun azaldığı söylenebilir. Çocuk sayısı arttıkça ebeveynlerin sorumlulukları artmakta ve çocuklarına bireysel olarak ayırdıkları zaman azalmaktadır. Bu durum ebeveynlerin tutumlarını olumsuz etkilemektedir.

Çalışmada lisans ve üstü eğitime sahip hemşirelerin çocuk yetiştirmede aşırı koruyucu tutum sergiledikleri bulundu. Karabulut Demir ve Şendil (2008) annelerin eğitim düzeyleri arttıkça da demokratik, otoriter, koruyucu tutumlarının arttığını bulmuş, Şanlı ve Öztürk (2012) ise annelerin eğitim düzeylerinin yükselmesiyle aşırı koruyucu tutumlarının azaldığını belirtmiştir. Tural Büyük, Rızalar ve Güdek Seferoğlu (2014) da hemşirelerin eğitim düzeylerinin düşmesi ile çocuk yetiştirmede aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin tutumlarının azaldığını saptamışlardı. Tezel Şahin ve

Akyürek (2008) lise ve üstü eğitime sahip annelerin daha fazla demokratik tutum sergilediklerini, Özyürek ve Tezel Şahin (2005) annelerin eğitim düzeyi arttıkça demokratik tutumlarının arttığını, aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin tutumlarının azaldığını saptamışlardır. Karakoç, Demirkaya ve Abalı (2012) ilkökul mezunu annelerin aşırı koruyucu ve sıkı disiplin tutumlarını daha fazla gösterdiklerini saptamışlardı. Çalışma sonuçlarındaki farklılık çalışma örneklemini oluşturan ebeveynlerin eğitim düzeyleri ve sosyokültürel yapılarındaki farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Bu çalışmada lisans ve üstü eğitime sahip olan hemşirelerin aşırı koruyucu olmalarının sebebi ise teknolojinin gelişmesiyle daha çok bilgiye ve habere ulaşmaları, olumsuz yaşam koşulları ve tehlikelerinin farkındalığının artması ile açıklanabilir. Bu çalışmada aile gelir düzeyi iyi olan hemşirelerin çocuk yetiştirmede daha sıkı disiplin tutumunu sergiledikleri bulundu. Şanlı ve Öztürk (2012) annelerin aile gelir düzeyi ile sıkı disiplin tutumunu sergilemeleri arasında ilişki olmadığını belirtmişlerdi. Ayrıca bu araştırmada çocuk servisinde çalışan hemşirelerin çocuk sevme düzeylerinin daha yüksek olduğu ve çocuk yetiştirme konusunda aşırı koruyucu tutum gösterdikleri belirlendi. Erdem ve Duyan (2011) pediatri servisinde çalışan hemşirelerin çocuk sevme düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştı. Tural Büyük, Rızalar ve Güdek Seferoğlu (2014) hemşirelerin çalıştıkları servis ile çocuk sevme düzeyleri arasında ilişki olmadığını, Akgün Kostak (2013) hemşirelik ve ebellek öğrencilerinin, Bektaş ve ark. (2015) hemşirelik öğrencilerinin, Altay ve Kılıçarslan Törüner (2014) hemşirelik öğrencilerinin çocuk sevme düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmişti. Hemşirelik eğitiminin temelinde hümanizm vardır ve bu nedenle hemşirelerin çocuk sevme düzeylerinin yüksek olması, özellikle çocuk hastalara bakan hemşirelerde çocuk sevme düzeyinin yüksek olması beklenen bir durumdur.

Çalışmada çocuk yetiştirme ile ilgili bilgi aldığını ifade eden hemşirelerin aşırı

koruyuculuk ve sıkı disiplin tutumunu daha fazla gösterdikleri belirlendi. Şanlı ve Öztürk (2012) çocuk yetiştirme konusunda bilgi alan annelerin aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin tutumlarını daha az, demokratik tutum ve eşitlik tanıma tutumlarını daha fazla sergilediklerini belirtmiştir. Hemşirelerin bilgi aldıkça çocuk yetiştirme konusunda

daha donanımlı hale gelmesinin yanında bu donanımın uygulamaya yansımadağı diğer faktörlerin de etkisiyle çocuklarını koruma içgüdüsüyle aşırı koruyucu ve sıkı disiplin tutumu sergiledikleri söylenebilir. Bu nedenle olumlu çocuk yetiştirme tutumu gösterebilmeleri için ebeveyn eğitim programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin; çocuk sayıları, eğitim durumları, gelir düzeyleri, çocuk yetiştirme konusunda eğitim alma durumları ile çocuk sevmeye düzeyleri ve çocuk yetiştirme tutumları arasında doğru yönde bir ilişki olduğu tespit edildi. Çocuk servislerinde çalışan ve çocuk sayısı fazla olan hemşirelerin çocuk sevmeye düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Çocuk servislerinde çalışan, lisans ve üstü eğitime sahip ve çocuk yetiştirme konusunda bilgi alan hemşirelerin çocuk yetiştirme konusunda aşırı koruyucu oldukları, çocuk sayısı az ve geliri

iyi düzeyde olan hemşirelerin çocuk yetiştirme konusunda daha fazla sıkı disiplin tutumunu sergiledikleri bulundu.

Sağlığın geliştirilmesi kapsamında ebeveynlerin/hemşirelerin çocuk yetiştirme tutumlarının çocuğun büyüme-gelişmesine etkisi ile ilgili farkındalıklarını arttırmak için eğitim programlarının düzenlenmesi önerilebilir. Ayrıca hemşirelik eğitiminin her aşamasında hemşirelerin çocuk yetiştirme tutumlarını ve çocuk sevmeye düzeylerini olumlu yönde etkileyecek eğitim etkinliklerine yer verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bektaş, M., Ayar, D., Bektaş, İ., Selekoğlu, Y., Akdeniz Kudubeş, A., Sal Altan, S.(2015). Hemşirelik öğrencilerinin çocuk sevmeye durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *The Journal of Pediatric Research*, 2(1):37-41.
2. Er, M.(2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49(2):155-168.
3. Ercan, R.(2014). Öğretmenlerde çocuk sevgisi. *Turkish Studies-International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 9(8):435-444.
4. Günalp, A.(2007). Farklı anne baba tutumlarının okul öncesi eğitim çağındaki çocukların özgüven duygusunun gelişimine etkisi (Aksaray ili örneği): Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.
5. Çavuşoğlu, H.(2013). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt 1, Genişletilmiş 11. Baskı, Sistem Ofset Basımevi, Ankara, s. 19-21.
6. Özyürek, A., Tezel Şahin, F.(2005). 5-6 yaş grubunda çocuğu olan ebeveynlerin tutumlarının incelenmesi. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 25(2):19-34.
7. Karabulut Demir, E., Şendil, G.(2008). Ebeveyn tutum ölçeği (ETÖ). *Türk Psikoloji Yazıları*, 11(21):15-25.
8. Şanlı, D., Öztürk, C.(2012). Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (32):31-48.
9. Yalçın, F., Tümnüklü, A.(2011). Algılanan ana-baba davranışları ile çocuk yetiştirme tutumları arasındaki ilişki. *e-Journal of New World Sciences Academy*, 6(1):717-735.
10. Sezer, Ö.(2010). Ergenlerin kendilik algılarının anne baba tutumları ve bazı faktörlerle ilişkisi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7(1):1-19.
11. Ayyıldız, T.(2005). Zonguldak il merkezinde 0-6 yaş çocuğu olan annelerin çocuk yetiştirme tutumları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi.
12. Tural Büyük, E., Rızalar, S., Güdek Seferoğlu, E., Oğuzhan, H.(2014). Çocuk ve erişkin kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuk sevmeye ve çocuk yetiştirme tutumlarının incelenmesi. *Journal of Pediatric Research*, 1(3):130-137.
13. Karakoç Demirkaya, S., Abalı, O.(2012). Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarının okul öncesi dönem davranış sorunları ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1):67-74.
14. Kumcağız, H., Yılmaz, M., Balcı Çelik, S., Aydın Avcı, İ.(2011). Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1):49-56.
15. Arslan Özkan, H., Bilgin, Z.(2016). Hemşireliğin felsefi özü iyileştirici bakım. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(3):191-200.
16. Erdem, Y., Duyan, V.(2011). A determination of the factors that affect the level of pediatric nurses' liking of children. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 41(2):295-305.
17. Akgün Kostak, M.(2013). Hemşirelik ve ebeklik öğrencilerinin çocuk sevmeye durumları, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersinin çocuk sevmeye durumlarına etkisi ve etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2(2):50-56.
18. Duyan, V., Gelbal, S.(2008). Barnett çocuk sevmeye ölçeği'ni türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 33(148):40-48.
19. Gelbal, S., Duyan, V.(2010). İlköğretim öğretmenlerinin çocuk sevmeye durumlarına etki eden değişkenlerin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 38(1):127-37.
20. Şanlı, T.(1991). "Hemşirelik üstüne çeşitli tanımlar", Geylan R (Ed), *Hemşirelikte Kişiler Arası İlişkiler*, sy:8-12, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, No: 497, ISBN 975 - 492 - 234 - 9.
21. Uğurlu, C.T.(2013). Öğretmenlerin iletişim becerisi ve empatik eğilim davranışlarının çocuk sevmeye düzeyleri üzerine etkisi. *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi*, 3(2):51-61.
22. Barnett, M.A., Sinisi, C.S.(1990). The initial validation of a liking of children scale. *Journal Of Personality Assessment*, 55(1-2):161-167.
23. Kabaklı Çimen, L. (2016). The relationship between preschool teachers' tendency of liking children and the levels of professional burnout. *Journal of Education and Human*

- Development*, 5(1), 220-239.
doi:<http://dx.doi.org/10.15640/jehd.v5n1a23>.
24. Tezel Şahin, F., & Özyürek, A. (2008). 5-6 yaş grubu çocuğa sahip ebeveynlerin demografik özelliklerinin çocuk yetiştirme tutumlarına etkisinin incelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(3), 395-414.
25. Altay N, Kılıçarslan Törüner E. (2014). “Öğrenci hemşirelerin klinik stres yaşama ve çocuk sevmeye durumlarının belirlenmesi”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3):166-170.

Geleneksel Halk Sağlığı Uygulamaları: Dişli Kasabası Örneği

Traditional Public Health Practices: Dişli Town Case

Muhammet Ali KÖROĞLU¹, Cemile Zehra KÖROĞLU¹

ÖZET

Günümüzde sağlık, çoğunlukla hastane ve hekim çerçevesinde ele alınan bir konudur. Ancak konunun diğer boyutunu, hasta ve onun içinde yaşadığı toplum oluşturmaktadır. Hastanın içinde yaşadığı toplumun, sağlık ve hastalık kavramına yaklaşımı, genel sağlık sistemi açısından son derece önemlidir. İyilik halinin ne olduğu, nasıl korunması gerektiği, hastalığın ne olduğu, hastalığa karşı nasıl bir tutum takılacağı, hastalığın ne kadar ciddiye alınması gerektiği vb. birçok konu bireyin içinde yaşadığı toplumsal ilişkiler sistemi tarafından belirlenir.

Bu durum, sağlık olgusunu sosyolojik bir olgu olarak gündeme getirir. Birey, bir sağlık sorunuyla karşılaştığında, öncelikle hastane, hekim, eczane gibi modern sağlık sisteminin tüm aşamalarını tüketmemektedir. Aksine içinde yaşadığı toplumun hastalık ve sağlıkla ilgili kültürüne göre bir değerlendirme yapmakta, beklemekte ve gelenekten kaynaklanan birtakım uygulamaları deneyebilmektedir. Bu anlamda, Asya'dan Avrupa'ya her toplumun, yüzyıllar içinde elde ettikleri tecrübe ve deneyimlere bağlı olarak yarattıkları birtakım geleneksel tedavi usulleri vardır. Aydınlanma düşüncesine dayalı modern pozitivist tıp anlayışı, bütün bu geleneksel sağlık uygulamalarını sistem dışına atsa da bu uygulamaların hala varlığını sürdürdükleri görülmektedir. Tüketim endüstrisine eklenmeden, varlığını sınırlı olarak sürdüren bu tür uygulamalar, sosyolojik ve antropolojik veriler niteliğindedir. Toplumun insan ve evren anlayışı, insan ve doğa ilişkiler hakkında değerli değerli ipuçları verebilirler.

Bu anlayışla çalışmamızda, Afyon ili, Bolvadin ilçesine bağlı, Dişli Kasabası'nda, insanların hangi sağlık sorunlarını, ne tür geleneksel tedavi şekilleriyle çözdükleri ortaya konmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Halk Sağlığı, Geleneksel Tıp Uygulamaları, Sağlık.

ABSTRACT

Today, health is a matter mostly dealt with in the context of hospitals and physicians. But the other dimension of the issue is the patient and the society in which he lives. The approach of the society in which the patient lives to the concept of health and disease is very important in terms of the general health system. Many topics such as what it means to be healthy, how to protect it, what the illness is, what kind of attitude should be put against the illness ,and how serious the illness should be is determined by the social relations system in which the individual lives. This situation brings the health phenomenon as a sociological phenomenon to the agenda. When the individual is faced with a health problem, he does not consume all the stages of the modern health care system such as hospital, physician, and pharmacy. On the contrary, he makes an evaluation according to the disease and health-related culture of the society in which he lives, waiting and experimenting with a number of applications that originate from tradition. In this sense, there are a number of traditional treatment modalities that each society has created from Asia to Europe, depending on the experience they have gained over the centuries. Modern positivist medicine based on the idea of enlightenment seems to keep all of these traditional health practices out of the system, but they still maintain their existence. Such applications which are limited their existence without being articulated to the consumer industry are sociological and anthropological data. Society's understanding of man and the universe can give valuable clues about human and nature relationships. With this understanding, we tried to find out what kind of health problems people have resolved with traditional forms of treatment in Dişli Town of Bolvadin district of Afyon province.

Keywords: Public Health, Traditional Medical Practices, Health.

¹Yrd. Doç. Dr. Uşak Üniversitesi, İ.İ.B.F. Sosyal Hizmetler Bölümü

GİRİŞ VE AMAÇ

Hastalık ve sağlık kavramları farklı bakış açıları ve farklı disiplinler tarafından değişik şekillerde tanımlansa da her bireyin zihninde belirli çağrışımlar vardır. Her bireyin yaşadığı deneyim farklı olsa da insanın fiziksel ve psikolojik konforunu bozan her şey kötü, bu konfora katkı sağlayan her şey de iyi olarak algılanır. Bu da birey ve bireyin içinde yaşadığı toplumun, insani ilişkiler sistemi içinde şekillenen ortak iyiler, kötüler, sağlıklı ve sağlıksızlar gibi anlam kategorilerini gündeme getirir. Böylece hastalık ve sağlık kavramları bir sosyolojik olgu olarak ortaya çıkar. Çünkü bireyin hastalık ve sağlık kavramıyla ilişkisi toplumsal ve kültürel belirleyicilerin dışında değildir.

Hastalık ve sağlığın aynı zamanda sosyolojik bir olgu olarak ele alınması yeni değildir. Sosyoloji klasiklerinden Durkheim, intihar bağlamında sağlık olgusunu ele almıştır.¹ Ancak daha sonra bu boyut ihmal edilmiştir. Kuşkusuz bunda Aydınlanma felsefesine dayalı, pozitivist bilim anlayışının temelinde gelişen modern tıp bilimi etkili olmuştur. 20. Yüzyılın ortasına gelindiğinde modern tıbbın otoritesi zirvesine ulaşmış ve modern tıp bilimi ve uygulayıcıları bu otoritelerini yaşamın tüm alanlarına uygulamaya başlamıştır.² Böylece modern tıp bilimi tarafından onaylanmayan hiçbir sağlık ya da hastalıkla ilgili uygulama neredeyse yaşam şansı bulamamıştır. Bilimsel referanslarla, herhangi bir toplumun yüzyıllar içinde yarattığı tecrübelerin bir ürünü olarak ortaya çıkan bazı sağlık ve tedaviyle ilgili geleneklere savaş açılmıştır. Yüzyılın sonuna gelindiğinde, sağlık alanında, küreselleşmenin de etkisiyle, çok büyük bir sağlık ekonomisi ve endüstrisi oluşmuştur. Hekim ve hasta gibi temel aktörler tamamen ikincil konuma düşmüştür.

Modern tıp anlayışının geldiği konum, ancak 21. yüzyılın ortalarından itibaren özellikle de post modern düşüncenin gelişimiyle birlikte olmuştur. Postmodernite hayatın her alanında göreceliliği esas aldığı için tıbbi standartları da sorunsallaştırmıştır. Bu çerçevede Ivan Illich, tıp biliminin masumiyetini kaybederek, beden üzerinde bir kontrol aracı ve gerçekliğin tıbbi olarak tanımlandığı bir sürece dönüştüğünü belirtmektedir.³ Benzer şekilde Foucault da modern tıp biliminin ve sağlık sistemlerinin bioiktidar aracı olarak siyasal kontrol mekanizmalarıyla ilişkisi üzerinden eleştirmektedir.⁴ Bu ve benzer eleştiriler sağlığın daha çok sosyal boyutunu öne çıkarmakta ve modern tıp dışında bazı alanlar açmaktadır. Bunun yanı sıra modern tıbbın çaresiz kaldığı bazı kronik hastalıkların yaygınlaşması, alternatif tıp adıyla sağlık piyasasına eklenen başka bir alan yaratmıştır.⁵ Ancak toplumsal ilişkiler sisteminin içinde merkezileşen ve sağlık piyasasında tutunma gibi bir gayesi olmayan, çeşitli hastalıklara karşı inanç, tutum ve yaklaşım olarak ortaya çıkan geleneksel uygulamaları bundan ayırmak gerekmektedir.

Geleneksel uygulamalar, yüzlerce yıllık bir geçmişe sahip olup, ekonomik bir alan yaratma çabası dışında vardır. Toplumun insan, doğa, kutsal gibi kavramlarla ilişkisi ve anlama çabasının ürünleridir. Oysa günümüzde alternatif tıp olarak piyasaya sürülen şeyin çoğunlukla umudun pazarlanması olduğu görülmektedir.

Bu nedenle çalışmamız, piyasa dışında toplumun gündelik ilişkiler ve sağlık sorunları bağlamında ortaya çıkan, geleneksel uygulama ve sorun çözme yaklaşımını ortaya koymaya çalışmaktadır. Sağlık ve hastalık kavramlarını, hastane dışında toplumsal ilişkiler ve kültür sistemi içinde aramaktadır.

MATERYAL VE METOT

Yapılandırılmamış katılımlı gözlem ve görüşmelerle gerçekleştirilen bu araştırmanın evreni olarak konu ile ilgili geniş bir uygulama alanına sahip olan Afyon ili, Bolvadin ilçesi, Dişli Kasabası seçilmiştir. Dişli Kasabası, Afyon ilinin Bolvadin ilçesine bağlı, yerleşime son derece uygun, 5117 nüfuslu bir Anadolu kasabasıdır. Konya- Eskişehir karayolunun batısında, Bolvadin ilçesinin 10 km. kuzeyinde, denizden 1070 m. yükseklikte, iki tepe üzerinde kurulmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise Kasabanın Malazgirt, Köprübaşı, Çaybaşı, Şeyh Şamil, Mevlâna, Fatih, Yukarı Mahallelerinden seçilen konuyla ilgili bilgi sahibi olarak görülen 37 kişilik bir grup oluşturmuştur.

Çalışma, sosyolojik ve antropolojik bir alan araştırmasıdır. Sosyolojik bir çalışma, tamamen somut sosyal olgular üzerinden yürümek zorundadır. Bu anlamda sağlık toplumsal bir olgu olarak ele alınmış ve bu çerçevede ortaya çıkan uygulama yöntemleri tamamen betimsel bir tarzda ortaya konmaya

çalışılmıştır. Araştırmanın var olanı betimlemek ve araştırma evrenini oluşturan toplumun sağlık ve hastalık olgusuna yaklaşımını belirlemek dışında bir iddiası yoktur.

Bu amaç çerçevesinde tamamen nitel veri toplama araçları kullanılmıştır. Nitel yöntemin en önemli veri aracı olarak yapılandırılmamış katılımlı gözlem ve yapılandırılmamış görüşmeler kullanılmıştır. Altı aydan fazla bir süre Kasabada kalarak gündelik hayat, hastalık-sağlık olgusuyla ilgili gözlemler yapılmıştır. Yine bu süre içerisinde ve daha sonra çeşitli aralıklarla gidiş gelişlerde uzun soluklu mülakatlar yapılmıştır. Yazıyla kayıt altına alınan bu mülakatlar, gözlemlerle de birleştirilerek raporlanmış ve konuyla ilgili olan katılımcıların isimleri kodlanarak verilmiştir.

Çalışmada elde edilen bulgular araştırma yapılan kasabayla sınırlıdır. Bazı tedavi usulleri Anadolu'nun birçok yerinde görülse de tüm bulgular için genelleme yapma imkânı yoktur.

BULGULAR VE TARTIŞMA

A. Bazı Fiziksel Rahatsızlıklar ve Geleneksel Tedavi Yöntemleri

“Ölümden başka her derdin bir devası vardır.” prensibiyle Kasabalı yaşadıkları fiziksel sorunlara özellikle Kasabada doktor olmadığı dönemlerde, kendi çabalarıyla bazı çözümler bulmaya çalışmışlardır. Bu tedavi yöntemleri, modern tıbbın en parlak dönemini yaşadığı şu günlerde bile halen etkisini devam ettirmektedir.

Kasabada karşılaşılan ve geleneksel tıp uygulamalarıyla tedavi edilen rahatsızlıklar ve tedavi şekilleri şu şekildedir:

1. Kırık ve Çıkıklar

Kasabada herhangi bir kemiğin kırılması ya da yerinden çıkması hadisesinde başvuru alan ilk yer kırık-çıkıkçılardır. Kasabada bu konuda herkes tarafından tanınan kişi B. Y'dir. Her türlü kırık-çıkık vakasını ustalıkla tedavi eden bu kişi, sadece

Kasaba halkı tarafından değil, civar kasaba ve ilçelerde de ünü yayılmış bir insandır. Onun vefatıyla birlikte bu görevi yerine oğlu L.Y (72) üstlenmiştir. Kendisine tedavi şekillerini nasıl öğrendiğini sorduğumuzda, ölümünden bir hafta sonra babasının, rüyasına girerek bütün tedavi şekillerini kendisine öğrettiğini söylemektedir. Özellikle doktor olmadığı dönemlerde bu görevi üstlendiğini söyleyen L.Y (72), yine de doktor tedavisinin öncelikli tutulması gerektiğini de sözlerine eklemektedir.

2. Verem

Ekonomik şartların oldukça ağır olduğu dönemlerde oldukça yaygın olarak görülen; ancak şu anda Kasabada rastlanmayan verem, oldukça tehlikeli bir hastalıktır.

Bu durumda, Kasabada hastalığın tedavisi için bir köpek yavrusu kesilir ve hastaya yedirilir. Aynı zamanda hasta, kesilen köpeğin derisinde yatırılır ve köpeğin

kaburgaları arasından geçirilir. Bu şekilde hastanın rahatsızlığının geçeceğine inanılır. Ancak şu an, bu yöntemler unutulmuştur ve ilk etapta doktora başvurulmaktadır.

3. Varis

Damar genişlemesi nedeniyle oluşan bir rahatsızlık olan varis, Kasabada “sülük” ismi verilen hayvanlarla tedavi edilmektedir. Kanın pıhtılaştığı bölgeye bu hayvanlar yapıştırılmakta, bu hayvanlar o bölgedeki fazla kanı emmekte ve daha sonra kendiliğinden ölmektedirler.

Kasabada kullanılan “sülük gibi kan emmek” deyiimi de buradan doğmuştur.

4. Kellik

Kasabada saç dökülmesi nedeniyle kel kalan kişilerin başına sarımsakla, kara barut karıştırılarak sürülür. Böylece saç kökleri kuvvetlenmekte ve saç kaybı önlenmiş gibi saç da çıktığı belirtilmektedir.

Kullanılan diğer bir metot ise, solucanların ezilip, saçı dökülen ya da kel olan kimsenin başına sürülmesidir. Böylece kelliğin önleneyeceği söylenmektedir.

5. Soğuk Algınlığı

Kasabada şu anda yaygın olmamakla birlikte şiddetli soğuk algınlığı geçirenlere arpa tarlalarından toprak getirilmekte, sıcak suyla karıştırılıp yumuşak bir çamur elde edilmekte, vücudun tamamı bu çamurla kaplanmaktadır. İki saat bekletildikten sonra ılık banyo yapılarak, çamurlar temizlenmekte ve bu şekilde soğuk algınlığının ortadan kalkacağı düşünülmektedir. Bu âdetin çıkışı ise şu şekilde anlatılmaktadır. Menkıbeye göre Lokman Hekim ölümüne çare bulur. Ancak Allah-u Teâlâ bunu yasakladığı için Lokman Hekim’in üzerine Cebrail (A.S)’i gönderir. Lokman, Cebrail’den kaçarken bir arpa tarlasına girer ve bu ilacı elinden düşürür. Bundan dolayı arpa tarlalarının dertlere deva olacağına inanılmaktadır.

6. Çıbanlar

Kasabada çıbanlar genellikle üzerine pancar yaprağı ya da yalama otu denilen iri, yeşil yapraklı bitkinin sarılmasıyla tedavi edilme edilmeye çalışılmaktadır.

Eğer çıban kanıyorsa, üzerine sigara külü, ağaç külü ya da yakılan bir bezin külü basılmaktadır. Eğer çıban nazarla olmuş ise, yani göz çıbanı ise ancak koyunun gözünün kaynatılması ve çıbanın bulunduğu yerin bu suyla yıkanmasıyla tedavi olunacağına inanılır. Bunun yanında bazen çıbana küle gömülmüş soğan da sarılmaktadır.

Fakat şu an bu uygulamalara oldukça seyrek rastlanmaktadır.

7. İt Dirseği (Arpacık)

Kişinin gözünde çıkan ve büyük rahatsızlık veren bir et parçasıdır. Kasabalıya göre tek tedavi yöntemi; rahatsız olan gözün bir tülbentle örtülmesi, üzerine bir parça ekmek konulması ve bu ekmeğin herhangi bir köpek tarafından alınmasıdır. Buna Kasabalı arasında “köpeğe ekmek kaptırma” denir.⁶

Fiziksel Rahatsızlıkların Tedavisinde Ocak Kültürü

Fiziksel rahatsızlıkların tedavisi konusunda bulunan çözüm yollarından birisi de bu rahatsızlıklar için uygulanan manevî yöntemlerdir.

Bu yöntemleri ancak “ocak” diye nitelendirilen aileler kullanabilmektedirler. Çünkü bu ailelerde diğerlerinden farklı olan bir bio-enerji bulunduğuna inanılmaktadır. Bu ocaklarda ancak bazı rahatsızlıklar tedavi edilebilmektedir. Bunlardan çoğu cilt hastalıklarıdır. Her ocak, farklı bir rahatsızlığı tedavi etmektedir. Bu rahatsızlıkların tedavisini yapan kişiler bazen yara üzerine tükürmekte, bazen de çeşitli materyalleri kullanarak tedavi etmektedir.

Ancak, bu tedavilerin çoğu “inanç” esasına dayanmaktadır. Yani, bir nevi fizyolojik tedaviye ek olarak hastalara psikolojik bir tedavi uygulanmaktadır. Rahatsızlığın bu şekilde iyi olacağına inandırılan hastalar, bu inancın etkisiyle rahatsızlıktan kurtulduklarını söylemektedirler.

Kasabada yaygın olan ve ocaklar tarafından tedavi edilen bazı hastalıklar ise şunlardır:

1. Siğiller

Genellikle el ve ayaklarda çıkan siğillerin tedavisinde değişik metotlar kullanılmaktadır. Ocak diye nitelendirilen bazı kişilerin siğilin üzerine okumasıyla siğillerin kuruyacağına inanıldığı gibi, siğil otu denilen bitki oldukça yumuşak bir çamurla karıştırılarak siğilin bulunduğu yere sarılmakta, bir müddet bekletildikten sonra bu çamur, kişinin evinin herhangi bir yerine yapıştırılmaktadır. Bulunduğu yerde çamur kurdukça siğilin kurduğu da söylenmektedir.

Yine siğilin üzerine kaya tuzu konulup bir müddet bekletildikten sonra kaya tuzunun alınıp, çeşmenin ayağına konulmasıyla, orada dökülen sularla tuz eridikçe siğilin de tamamen yok olacağına inanılmaktadır. Bunlara ek olarak siğiller bazen Kasabada mahir kişiler tarafından ipe kökünden bağlanarak kuruması, bazen de toplu iğne ile yakılarak siğillerin tamamen kaybolması sağlanmaktadır. Kasabada bu konuda kesinlikle doktora başvurulmamaktadır.

2. Demreği

Mantarların neden olduğu bir cilt rahatsızlığıdır. Kişinin cildinde renk değişiklikleri meydana gelir. Bu rahatsızlığın aynı yeni ay evresinde şiddetlendiği, diğer zamanlarda ise söndüğü söylenmektedir. “Demreği” ye okunan bir dua bulunmakla beraber, etrafı karbonlu metilen mavisi içeren bir kalemle (kopya kalemi) çizildiğinde ya da bu rahatsızlığı tedavi eden “ocak” denilen ailelere mensup herhangi bir kişinin bu yara üzerine tükürmesiyle de bu rahatsızlığın tamamen iyileşeceğine inanılmaktadır.

3. Yalangı (Erizipel)

Genellikle yüzde görülen bir cilt rahatsızlığıdır. Yüzde şişlikler meydana gelmektedir. Tıpta Erizipel olarak adlandırılan bu rahatsızlığa Kasabada Yalangı denilmektedir. Yalangı, Kasabada iki ayrı ocak tarafından iki ayrı şekilde tedavi edilmektedir. İlkinde; ketenden yapılan bir kumaş alınır, ısıtılır ve hastanın yüzüne bir tülbent örtülerek ısıtılan bu kumaş hastanın yüzünde gezdirilir. Bu sırada “korkuttuk” denir. Diğer yöntemde sadece kullanılan

malzeme farklıdır. Keten yerine keçe kullanılmakta, aynı şekilde yüze sürülerek “korkuttuk” denmektedir. Bu uygulama sırasında hasta bizzatıhi korkutulmamakta, hastalığın korkutulularak kişiden uzaklaştırılacağına inanılmaktadır.

4. Bezeme (Ürtiker)

Vücudun her yerinde görülebilen bir rahatsızlıktır. Genellikle stresli bir bünyeye sahip olan kişilerde görülmektedir. Kasabada ancak “ocak” olan kişiler tarafından ayırt edilen iki türü vardır. Bundan dolayı da iki ayrı ocak tarafından tedavi edilir.

a. Böğrölce Bezemesi: Deride görülen yaralar fasulyeye benzediğinden Kasabada fasulyenin yaygın adı olan “böğrölce” ismi ile isimlendirilmektedir. Bu rahatsızlık, Kasabada “böğrölce bezemesi ocağı” olan sülaleden bir kişinin evinin damından getirdiği toprakla yaptığı çamuru hasta olan bölgeye sürmesiyle giderilmektedir.

b. Bulgur Bezemesi: Deride çıkan yaralar eğer bulgura benziyorsa buna “bulgur bezemesi” adı verilir. Bu da aynı şekilde bu bezemenin ocağı olan bir kişinin böğrölce bezemesinde yapılan işlemi yapmasıyla iyileşir.

Bu konuda Kasabada başvuru nadir bir yöntem ise “uluma”dır. Bezeme rahatsızlığı olan kişi dört yol ayrımına getirilir ve kendisinden son sesine kadar “hu” diye bağırması istenir. Bu şekilde hastalığın tamamen iyileşeceğine inanılır.

5. Yılcık – Dolama (Parmak iltihaplanması)

Parmakta görülen bir rahatsızlıktır. Hastanın parmağında kemik gibi sert bir et parçası çıkar. Kasabada bu durumda, hastanın parmağına yılcık taşı denen taşı sürmenin yeterli olacağına inanılmaktadır. Bu taş Kasabada yalnızca E.Y’de bulunmaktadır. Bu taş, doğada bulunabilen bir taştır ancak ocak olan kişinin ve ailenin kullanımıyla tedavi edici özellik kazanacağına inanılmaktadır.

6. Köslü (Kör Çıban)

Boyunda çıkan iri, mor, sıkıldığında kanayan çıbanlara denmektedir. İnanişaya göre bu çıbanların erkeği ve dişisi mevcuttur. Eğer yara erkekse, sadece bir tane morluk meydana gelir. Dişi ise birkaç tane çıkması mümkündür. Kasabalıya göre bu rahatsızlık da ancak "ocak"lar vasıtasıyla tedavi edilebilmektedir. Kasabada rahatsızlığın dişisi E. K, erkeği ise M.U. tarafından tedavi edilmektedir. Rahatsız olan bölgeye bu kişilerin "benim elim değil Fadime Anamızın eli" diyerek tükürüklerini sürmeleri bu hastalığı iyileştirmektedir. Ayrıca hastaya ocak olan ailenin evinden yemesi için tuz ve ekmeğ verilirdir.

Köslü ocağı olan M. U'nun bu işe başlayışı şu şekilde anlatılmaktadır: U'nun annesi, abisi A.O.U. ile beraber bir köstebek doğurur. Yani ikizlerin birisi köstebektir. Köstebek ölür, diğer kardeş kalır. O günden bu yana daha çok köstebeğe benzeyen bu yaralar bu kişi vasıtasıyla iyileştirilmiş, onun vefatından sonra da kardeşi M.U. bu işe devam etmiştir.⁷

Şifalı Bitkilerle Yapılan Tedaviler

Modern tıbbın yanı sıra hastalıkların tedavisinde destekleyici tıp dediğimiz yöntemler de oldukça etkilidir. Bu yöntemlerden birisi de şifalı bitkilerle yapılan tedavilerdir.

Kasabada da şifalı bitkilerle yapılan tedaviler oldukça yaygındır. Önceleri doktora başvurma imkânı olmadığından kullanılan bu yöntemler, günümüzde ise modern tıbbın kesin çözüm bulamadığı alanlarda kullanılmaktadır.

a. Isırgan Otu: Koyu yeşil yapraklara ve tüylü bir yüzeye sahip olan bu bitki, Kasabada daha çok böbrek ve basur (hemoroit) rahatsızlıkları olan hastalar için tavsiye edilmektedir. Isırgan otu iyice kaynatılıp suyu içildiğinde bu rahatsızlıklar için şifa olacağına inanılmaktadır. Ayrıca ısırgan otu, haşlanıp romatizmalı bölgeye konulduğunda da romatizma ağrılarını gidermektedir.

b. Sinameki: Çay gibi kaynatılıp içildiğinde sinameki, kabızlığı giderdiği düşünülmektedir.

c. Şabla Otu (Tussilago farfara): Gri, geniş yaprakları olan bu bitki çıbanları iyileştirdiği gibi, mide ve bağırsak rahatsızlıklarına da iyi geldiği düşünülmektedir.

d. Papatya: Kurutulmuş papatyalardan yapılan çay, bağırsak ve böbrek iltihaplarını iyileştirdiği gibi, tıkanan kalp damarlarının açılmasında da etkili olduğu söylenmektedir.

e. Ayva Dene(Faselya): Kasabada oldukça çok bulunan sarı çiçekli bu bitki, özellikle diş ağrılarının tedavisinde kullanılmaktadır.

f. Haşhaş: Bu bitkinin kurutulmuş baş kısmı suyla kaynatılır, ağızda çalkalanırsa diş ağrılarını dindirdiği belirtilmektedir.

g. Zeytin ağacı Yaprağı: Kasabada yetişmemesine rağmen, yüksek tansiyon rahatsızlığı olanlar zeytin yaprağını getirtmekte, kaynatıp çay haline getirip içmektedirler. Bu şekilde tansiyonun normal değerlere düştüğü ifade edilmektedir.

h. Üzerlik: Çiçekli bir bitki olan üzerlik otunun tohumları çıkarılır, kavrulur, ezilir ve balla karıştırılarak her gün bir kaşık yenilirse basur (hemoroit)'u tamamen iyileştirmekte olduğu ifade edilmektedir.

B. Manevî Rahatsızlıklar ve Tedavileri

1. Nazar

Nazar, bütün dinlerde yaygın olan bir inançtır. İlk olarak Yahudilerde görülen nazar inancı için "Babililer'in Talmud'unda denilmiştir ki: yüz kişiden ancak biri tabii ölümden ölür. Diğerleri hep nazara (isabet-i ayne) kurban olarak gider." Âsurî büyüçülüğünde kötü göz hastanın sıhhatini bozan sebeplerden olarak sık sık zikredilir. Çok muhtemeldir ki kötü göz hakkındaki Musevi, Fenikeli ve Kartaca itikatları ve ona uydurulan hareketler Akdeniz Müslümanları üzerine büyük tesirler yapmıştır. Aynı inanç, İtalya'da, Kıbrıs'ta, Anadolu'da, Filistin'de, Mısır'da, Hindistan'da çeşitli varyantlarıyla

görülmüş, Yunanlılar ve Romalılarca da kullanılmıştır.⁸

Yahudilerle başlayıp, bir silsile halinde İslâm'ı etkilediği söylenen bu inanca; aslında İslâm Dini' nin kutsal kitabı Kur'an-ı Kerim'de de "O inkâr edenler, zikri (Kur'an'ı) işittikleri zaman neredeyse seni gözleriyle devireceklerdi."⁹ Ayetiyle açıkça işaret edilmiştir.

Bu inanca, Kur'an-ı Kerim'de işaretler bulunduğu gibi Hz. Peygamber Efendimizin hadislerinde de nazar inancının yalnızca dinlerin ya da sihir ve büyü'nün etkisiyle ortaya çıkmış bir inanç değil, İslâm dininin özünde bulunan bir inanç olduğu pekiştirilmiştir. Nitekim Hz. Peygamber Efendimiz bir hadislerinde "göz değmesinin gerçek olduğunu" açıkça vurgulamıştır. Yine Hz. Aişe'den rivayet edilen diğer bir Hadis-i Şerifde de "Peygamber (S.A.V), hastalandığı zaman kendi üzerine müavvize (Felak, Nas ve İhlas) surelerini okurdu ve üflerdi" buyrulmaktadır.¹⁰⁻¹²

Nazar, aynı zamanda Türk halk inançları arasında da önemli bir yere sahiptir. "Türk halk inançlarında pek çok canlı-cansız varlık, olumlu veya olumsuz sayılmış, bazıları ise uğurlu telakki edilip saygı görmüş"¹³ ve bu şekilde nazara karşı konulmaya çalışılmıştır. Çünkü "nazarla açıklanan olaylar o denli çoktur ki... Çok sağlıklı bir bebeğin aniden hastalanması, iyi anlaşılan iki arkadaşın arasının açılması, işleri iyi olan birinin işlerinin bozulması, iyi süt veren bir ineğin sütünün kesilmesi, hastalanması, tarla, bağ ve bahçedeki ürünün birdenbire bozulması, yeni alınan bir aracın kazaya uğraması, bir evde çıkan yangın vs. gibi, halk arasında hep "nazara geldi" deyiimiyle açıklanır."¹⁴

Kasaba halkı arasında da bu tür inanmalar oldukça yaygındır. Göz değmesi yüzünden başa gelen felaketlerden oldukça sık bahsedilmektedir. Ancak göz değmesinin sebebi araştırıldığında belirli normlara göre hareket eden böyle bir topluluğun, düşman olarak çok defa mavi gözlü ve sarı saçlılarla karşılaştığını, halk arasında gezenlerden mavi gözlü ve sarı saçlıların az olması nedeniyle de bu tür olayların sebebi olarak bu kimseler görülmekte olduğu söylenebilir.⁸

Halk, nazarın isabetinden ve etkisinden korunmak için elbette bazı tedbirlere başvurmaktadır. Bu tedbirler, korunma ve kurtulma tedbirleri olmak üzere iki kısma ayrılırlar.

Koruma tedbirleri olarak; çocuklara, at, dana, inek, vb. hayvanlara, ev, dükkân, otomobil gibi eşyaya nazar boncuğu, at nalı, üzerlik otundan yapılan kolyeler takılmaktadır.¹⁵ Kasabada aynı şekilde koruma tedbirleri olarak yeni doğan çocukların omuzlarına mavi boncuk, karaağaç, iğde dalı ya da iğde çekirdeğinden nazarlıklar takılmakta, buna ek olarak çocuğun beşiğine çörek otu ya da üzerlik otu atılmaktadır. İnsanlara olduğu gibi hayvanlara da bazen nazardan korunmak amacıyla mavi boncuk ve üzerlikten yapılmış tasmalar takılmaktadır.

Koruma tedbirlerinin kökenine bakıldığında, bu inançların totemik özellikler taşıdığı görülmektedir. Çünkü totem inancına sahip kabileler, kendilerinin bir hayvan veya bir bitkiden türediklerine inanmaktadırlar.¹⁶⁻²⁰ Bu açıdan da totem olarak kabul edilen hayvan veya bitkinin resmini vücuda çizme, onun bir parçasını taşımanın gelecek tehlikelere karşı onu koruduğuna inanılmaktadır.²¹

"Demek oluyor ki, tehlikelere karşı koruyucu olduğuna inanılan toteme ait bir parça taşımak, zamanla nazara karşı nazarlıkla korunmak şekline girmiştir. Her iki şekil arasında şüphesiz, çok uzun bir zaman farkı vardır. Bu sebeple, tehlikeler nazar; totem parçaları da nazarlık haline girmiştir. Bu suretle insanlık tarihinin son devirlerinde yapılmış olan bir buluşun, kendinden öncekilerin yerini nasıl almış olduğunu görmekteyiz."²² Bu durum, değişen sosyal değerlerin kuvvetini göstermek bakımından önemlidir.²³ Ancak, tehlikelere karşı koruyucu olduğuna inanılan mavi boncuğun kökenini ise "insanlığın Gök Tanrı'ya taptığı devirlere kadar"²⁴ götürmek mümkündür.

Nazardan koruma tedbirlerinden sonra sıra nazardan kurtulmaya geldiğinde ise hastaya kurşun döktürülmekte, nefesi keskin hocalara okutulmakta, üzerlik otu yakılarak dumanı ile

hasta tütsülenmektedir. Kasabada bu yöntemlerin oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Kurşun dökme olayı, izinli ve ocak olan kadınlar tarafından gerçekleştirilir. Bunun için tava, su tası, havlu, kurşun kullanılır. Hasta, yatağın üzerine oturtulur. Üzerine bir örtü örtülür. Bu sırada kurşun eritilir. Eriyen kurşun, “benim elim değil, Fadime Anamızın eli” sözleriyle birlikte besmeleyle ve diğer dualar okunarak içinde su bulunan tase dökülür. Kurşunun su içinde aldığı şekle bakılır. Kurşun girintili çıkıntılı ise hastanın nazardan kurtulduğuna, değilse daha kurtulamadığına inanılır. Öyleyse bu işlem üç kere tekrar edilmektedir. Buradaki üç rakamı kutsal bir temele dayanmaktadır.^{22,25}

Diğer bir yöntem olan üzerlik otunun yakılmasında ise üzerlik otu, hastanın başında yakılmakta, dumanı bütün odaya dağılmakta ve bu şekilde nazarın ortadan kalkacağına inanılmaktadır.

Bu tedavi yöntemlerinin kökenleri araştırıldığında ise, bu tedavilerin, ateş kültü ile ilgili olup, kökünün ateşperestliğe kadar uzandığı görülmektedir. Çünkü ilkel kişi, ateşe kurban sunar, yanan kurban dumanının daha yüksek tanrıya ulaşacağına inanırdı. Dumanın iyi kokulu olması için, kurbanın yağlarıyla beraber hoş kokulu bitkiler, bitki tohumları da ateşe atılırdı. Tütsü şeklindeki ateş kurbanı, eski ilkel müşriklerden Yahudilere onlardan da Hıristiyanlara geçmiştir.¹⁸ Müslümanlara da bu yolla aktarılmıştır.

Nazardan kurtulma yöntemlerinden ateş kültü ile ilgili olanların dışında bir de “okuma” yöntemi vardır. Kasabada özellikle bu durumda olan hastaları, “nefesleri kuvvetli” tabir edilen kişiler okumaktadırlar. Bu kişiler, ya bir bardak suya “Felak, Nas ve İhlas” surelerini okuyarak hastaya içirmekte, ya da bu sureleri doğrudan hastaya okuyarak üflemeaktedirler. Yaygın olan inanca göre dua okuyan kişi bu sırada esniyorsa nazar değiren erkek, geçiriyorsa kadındır.²⁶

Bunların dışında bu kimseler, bazen nazar için muska hazırlayarak, hastanın takmasını istemektedirler.

2. Uğur - Uğursuzluk

Uğur ve uğursuzluk inancı, doğrudan manevî bir rahatsızlık olmasa da Asr-ı Saadetten bu yana insanların hayatını bütünüyle etkileyen ve değiştirilmesi oldukça zor bir inanç, hatta bir takıntı olarak değerlendirilebilir.

“Uğursuz bir inanç ögesi, kötü ve çirkin kabul edilir, ondan uzak durmaya çalışılırken; uğurlu bir inanç ögesi, iyi ve güzel kabul edilip ona yaklaşılmaması niteliğiyle dikkat çekmektedir.”^{27,28}

İslâm’ın kutsal kitabı Kur’an-ı Kerim’e bakıldığında uğursuzluk inancının İslâmiyet’te bulunmadığını, bundan ziyade Allah katından olan her şeyde bir hayır aranması gerektiğinin tavsiye edildiğini görmekteyiz.²⁹ İslâmiyet’te bulunmayan bu inançların kökeni, Romalılarla putperest Araplardır.³⁰

Ancak bu inancın yansımaları, Müslüman Türk halkı arasında da sıkça görülen “haftanın bazı günlerinin uğurlu, bazı günlerinin de uğursuz sayılmasıdır.”³⁰ Kasabalıya göre bazı ailelerin uğursuz günleri vardır. O günlerde o ailelerin hiçbir işe başlamamaları gerekir. Örneğin salı günü kendileri için uğursuz olan bir aile, o gün çamaşır yıkar ya da yolculuğa çıkarsa, mutlaka başlarına bir musibet gelir. Eğer o gün karı koca birleşir de çocukları olursa, doğacak çocuğun mutlaka bedenlen ya da zihinsel özrü olacağına inanılmaktadır.

Haftanın bazı günlerini uğurlu, bazı günlerini uğursuz ve bazı günlerinde de çalışmayı günah saymak, bazı araştırmacılara göre, Yahudi ve Hıristiyan âdetlerinden geçmiştir. Gerçekten de Hıristiyanlar Salı gününü uğursuz, Pazar günü de çalışmayı günah sayarlar.³⁰ Yahudiler ise Cumartesi gününü dinlenme günü olarak seçmişlerdir.²⁴

Yaygın olan inançlardan bir diğeri de hayvanların ansızın çıkardıkları seslerin uğursuz sayılmasıdır. Özellikle vurgulananlar ise köpekler ve baykuşlardır.^{15,30} Geceleri ansızın köpeklerin havlaması “depem olacağına”, kimin evinde baykuş öterse “o evden bir ölü çıkacağına” işaret olarak sayılmaktadır. Bunun yanı sıra

bir evde karga ötmesi ve bir kişinin yılan görmesinin de o aileye uğur getireceğine inanılmaktadır.

Bu inançlar, daha çok hayvanların insanlardan daha kuvvetli önsezileri olduğunun anlaşılmasıyla yaygınlık kazanmıştır.³¹

3. Sihir (Büyü)

“Tarihin eski çağlarında çok yaygın olan sihir ve sihirbazlık, bugün müspet ilimin çok geliştiği modern çağımızda dahi, hâlâ etkisini sürdürmektedir. İlkel kabilelerde olduğu gibi modern toplumlarda bile pek çok kimse sihre inanmakta ve ondan korkmaktadır. Çeşitli gayeler için sihir yaptırılanlar, sihirden medet umanlar azımsanamayacak kadar çoktur.”³⁰

Sihir, tabiat kanunlarına aykırı sonuçlar elde etmek iddiasında olanların başvurdukları gizli işlem ve davranışlara verilen addır.³⁰ Sihirin ortaya çıkışına bakıldığında da dinlere göre bir öncelik taşıdığı görülmektedir. Dinlerin doğuşu ve sonraki zaman süreci içerisinde sihir (büyü) ve dinin konuları arasında bir yakınlık görülmüştür. Bu durum büyü mü dinden, yoksa din mi büyüden çıktı sorularını doğurmuştur.³² Ancak, din ile büyüünün büyük benzerliklerine rağmen, kökenlerinin ayrı olması açısından önemli bir farklılıkları da vardır.

Büyünün yapılış amaçları ise genellikle değişmemektedir. Kasaba halkı arasında kendisine çok fazla başvurulmayan büyü, daha çok cahil kadınların rağbet ettiği bir yöntem olarak görülmektedir. Bu yöntemde genellikle;

-İki kişiyi birbirinden ayırma; kadını kocasından veya erkeği karısından, anayı oğlundan, kardeşi kardeşinden soğutmak için,

-İki kişiyi birbirine sevdirmeye ve daha ileri gidilerek, şahıslardan birini iradesini yok edecek şekilde diğerine tabi kılmak,

-İnsanın bazı kabiliyet ve kuvvetlerini felce uğratmak, (Buna “bağlamak” adı verilir. Erkeğin cinsel kudretini yok etmek, dilini bağlamak, yani konuşma kabiliyetini ortadan kaldırmak, uykusunu bağlamak gibi çeşitleri vardır).

-Genel olarak bir insana kötülük etmek, hasta etmek, sakatlamak, öldürmek, malına mülküne zarar vermek vb. amaçlarla kullanılmaktadır.

Büyüyü bozmak için karşı büyü yapmak, yani büyüden kurtulmak ve daha genel olarak herhangi bir kötülükten ve tehlikeden korunmak amacıyla yapılan işlemleri de büyüünün diğer bir çeşidi sayabiliriz.³³

Büyü bozmak için kullanılan diğer bir yöntem ise muska yazdırmaktır. “Muskacılık” (fetichisme): kutsal değeri olan ve kutsal varlığın örneklerinden meydana gelmiş “muska”lar, “fetiş”lere, inanma ve onlara ait pratiği yapmadan ibaret din şekli³⁴ anlamına gelmektedir.

Muska ve tılsımların doğuşuna bakıldığında, kökenlerinin putperestliğin en ilkel şekli olan fetiş olduğu görülmektedir. İlkel kişinin inancına göre bazı nesnelere uğur ve uğursuzluk bulunur; uğur saydığı nesneyi boynuna asar ya da yanında taşır. Bu “muska-tılsım” ların hastalıklarda nazardan, göze görünmez, bela ve kazalardan koruduklarına inanılırdı. Sonra bu inancın daha ileri gelişme safhasında dini formüller ya da garip işaretler yazılan kâğıt parçaları eski fetişlerin yerini tutmuş³⁵ ve daha çok büyüünün etkisiz hale getirilmesi için kullanılan bir araç haline gelmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Afyon ili, Bolvadin ilçesine bağlı, Dişli Kasabası'nda, halkın fiziksel ve psikolojik(manevi) sağlık sorunlarını çözüme ulaştırmada kullandıkları yöntemleri tespit etmek amacıyla gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada Kasabada fiziksel rahatsızlıkların tedavi edilmesi için geliştirilen yöntemlerin daha çok savaş yıllarında, ekonomik gücün olmadığı, olsa bile doktora başvurmanın mümkün olmadığı dönemlerde yoğun olarak uygulandığı olduğu görülmektedir. Yapılan mülâkatlarda Kasaba halkı, şu an böyle yöntemleri kullanmadıklarını, kullananların ise bu davranışlarının sebebinin kültür düzeyi ile ilgili değil, doğrudan ekonomik refahın olmayışına bağlı olduğunu söylemektedirler.

Ancak Kasabada bir de fiziksel rahatsızlıkların tedavisinde yaygın olarak başvurulan ocaklar vardır ki; halk bu konuda, çoğu kez doktora gittikleri halde bir çözüm bulamadıklarını, aksine “ocak” denilen bu ailelerin tedavi yöntemleri ile iyileştiklerini belirtmektedirler. Bu da hastalıkların tedavisi konusunda “inanç” öğesinin ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır. Çünkü hastanın iyi olacağına inandırılması, iyileşmenin başlangıcı demektir. Bu vazifeyi de “ocaklar” üstlenmişlerdir.

Yine, fiziksel rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan diğer bir yöntem de “şifalı bitkiler”den yapılan ilaçlardır. Bu ilaçlar için, Kasabada, en çok ısırgan, papatya, üzerlik, yalama yaprağı, pancar yaprağı ve haşhaş otu

kullanılmaktadır. Ancak bitki tedavisi genelde doktor tedavisinden bir sonuç alınmadığında uygulanmaktadır.

Kasabada manevî (psikolojik) rahatsızlıkların tedavi edilmesi için geliştirilen yöntemlere bakıldığında ise bu yöntemlerin somut olarak açıklanamayan metafizik olayların etkilerinden bir ölçüde korunmak amacıyla ortaya çıktığını görmekteyiz. Örneğin nazar için, kurşun dökülmekte, mavi boncuk takılmakta, bazı otlardan tüsüler yapılmaktadır. İnsanlar, açıklayamadıkları ancak hayatlarında kötü giden bazı şeyleri; nesnelere ya da günlerin uğursuzluğuyla açıklamakta, elde edemedikleri bazı şeyleri ise büyü ile gerçekleştirmeye çalışmaktadırlar.

Bu inanç ve uygulamalar, günümüzde pozitif bilim tarafından başka adlar altında açıklanmaya çalışılsa, ya da bazı manevî inançlar, tamamen reddedilse de insanoğlu başına gelen bu olayları yine de kendisinin müdahale edemediği güçlerle açıklamaya çalışmaya devam etmektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde fiziksel ve psikolojik(manevi) rahatsızlıklar için kullanılan geleneksel tedavi yöntemleri, insanın kendi bedenini anlama çabasının bir ürünü olarak görülebilir. Bu açıdan modern tıbbın tedavi yöntemlerinin yanı sıra bu tür geleneksel yöntemlerin yok sayılmaması önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Durkheim, Emile(1992).İntihar. Ankara: İmge Kitabevi.
2. Sezgin, Deniz(2011).Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
3. Illich, Ivan(2011).Sağlığın Gaspi.İstanbul:Ayrıntı Yayınları.
- 4 .Foucault, Michel(2002).Kliniğin Doğuşu. Ankara.Epos Yayınları.
5. Aksoy, Mehmet (2013).Şifa Bu değil Modernliğin Ara Yüzü: Alternatif Tıp .İstanbul: Kaknüs Yayınevi.
6. Bilgisine başvurulanan kişiler: Ş. M.(76), N. U.(83), N. U.(38), N. M.(31), M. M.(75), S. U.(83), A. U.(41), V.Ş.(48), A. T.(37), O. Ö.(93), İ. Ö.(45)
7. Bilgisine başvurulanan kişiler: A. A.(51), B. Y.(72), F. T.(83), H. M.(67), İ.Ö.(45), L.Y.(72), M.M.(30), M.G.(73), M.M.(36), M. Ş.(72), O. Ö.(93), S. U.(83), Ş. M.(29), U.G.(62).
8. Westermarck, Edward .(1938). İslam Medeniyetinde Putperestlik Devrinden Kalan Yaşayagelen İtikatlar. İstanbul: Marifet Basımevi.
9. Kalem 68/51.
10. Davudoğlu, Ahmet (1983).Sahih-i Müslim Tercüme ve Şerhi, c.9, İstanbul.
11. Hatipoğlu, Haydar(1983). Sünen-i İbn-i Mace Terceme ve Şerhi. İstanbul.
12. Miras, Kâmil; Sahih-i Buhari Muhtasarı, Tecrid-i Sarih Tercemesi ve Şerhi. Ankara. Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.
13. Aytar, Selçuk(1975). Halk İnanmalarında Süpürge. İstanbul: T.F.A.
14. Tosunbaş, Müyesser (1976).Çukurova'da Nazardan Korunma Pratikleri".İstanbul: T.F.A.
15. Örnek, Sedat Veyis (1979).Anadolu Folklorunda Ölüm, Ankara: Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Yayınları:218.
16. Aydın, Mehmet(1992). "Mut Bölgesinde Yaşayan Halk İnanışları". IV. Milletlerarası Türk Halk Kültürü Kongresi Bildirileri, c.IV:38.
17. Özcan, Ahmet (1991). "Anadolu'nun Tarih Öncesi Yaşayanları ve Günümüze İntikal Eden İnançları". Din Öğretimi, S:29: s.52.
18. İnan, Abdülkadir(1962). Hurafeler ve Menşeleri. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.
19. Hitti, Philip K.(1989). Siyasi ve Kültürel İslam Tarihi. İstanbul: Boğaziçi Yayınları.
20. Bozkurt, Nebi(1994). "Asr-ı Saadette Evler ve Ev Hayatı". Bütün Yönleriyle Asr-ı Saadette İslâm, c.5, s.45.
21. Ögel, Bahaeddin(1971). Türk Mitolojisi. Ankara.
22. Acıpayamlı, Orhan(1962). "Anadolu'da Nazarla İlgili Bazı Âdet ve İnanmalar". A.Ü.D.T.C.F.D, c.XX, S:1-2, s.20.
23. Türkdoğan, Orhan(1987)."Tıbbi Folklor Açısından Sağlık-Hastalık Sistemi. III. Milletlerarası Türk Folkloru Kongresi Bildirileri, c.IV, s.405.
24. Taplamacıoğlu, Mehmet(1961). Din Sosyolojisi "Giriş". Ankara.
25. Aydın, Mehmet(1985). "Konya'daki Manevi Halk İnançlarının Dinler Tarihi Açısından Tahlili". S.Ü.İ.F.D, S:1, s.28.
26. Bilgisine başvurulanan kişiler: A. T.(37), A. A.(51), B. Y.(72), D. Ö.(52), E. S.(57), F.T.(83), H. M.(67), M. G.(73), M.M.(36), N. U.(38), N.M.(31), S.U.(83), Ş. M.(29), U. G.(62), Z.Ş.(69).
27. Çelik, Ali (1994). "Asr-ı Saadette Halk İnançları", Bütün Yönleriyle Asr-ı Saadette İslâm, c.5, İstanbul.
28. Yaşar, Kalafat(1990). Doğu Anadolu'da Eski Türk İnançlarının İzleri. Ankara: Türk Kültürünü Araştırma Enstitüsü Yayınları:112.
29. Yasin 36/18-19, Âraf 7/131.
30. Erdil, Kemalettin (1991). Yaşayan Hurafeler, Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları.
31. Berger, Peter L. (1993). Dinin Sosyal Gerçekliği. İstanbul: İnsan Yayınları.
32. Günay, Ünver (1999). Erzurum Kenti ve Çevre Köylerinde Dini Hayat. İstanbul
33. Meydan Larousse (1969). "Büyük Maddesi", c.2.İstanbul: Meydan Yayınları.
34. Ülken, H. Ziya (1963). Sosyoloji Sözlüğü. İstanbul.
35. Aktaş, Recep (1973). Batıl İnanışlar. İstanbul.

Hemşirelerde Yaşam Doymumu ve Ölüme Karşı Tutum Arasındaki İlişki

Relationship between Nurses' Life Satisfaction and Attitudes towards Death

Selda SÖNMEZ BENLİ¹, Arzu YILDIRIM²

ÖZET

Bu araştırma hemşirelerin yaşam doyumu ve ölüme karşı tutumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı ilişki arayıcı özellikte olan araştırma, Tunceli İli Kamu Hastaneleri Birliği Tunceli Devlet Hastanesi'nde çalışan 174 hemşire ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri Kasım-Aralık 2014 tarihleri arasında "Tanımlayıcı Soru Formu", "Yaşam Doymumu Ölçeği" ve "Ölüme Karşı Tutum Ölçeği" ile toplanmıştır. Hemşirelerin yaşam doyumu ölçeği puan ortalaması 16,82±5,88, ölüme karşı tutum ölçeği toplam 96,86±24,26, tarafsızlık kabullenme ve yaklaşım kabullenme 47,85 ±15,55, kaçış kabullenme 15,32±6,76, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyut puan ortalaması ise 33,68±10,66 olarak belirlenmiştir. Yaşam doyumu ölçeği ile ölüme karşı tutum ölçeği toplam ve tarafsızlık kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyut puan ortalaması arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Bu çalışmada hemşirelerin yaşam doyumlarının orta düzeye yakın, ölüme karşı olumlu tutumlarının orta düzeyin üzerinde olduğu ve yaşam doyumu düzeyi arttıkça ölüme karşı olumlu tutum gösterdikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi artırılarak yaşam doyumunun yükseltilmesi, ölüm konusunda eğitim programları düzenlenerek ölüme ilişkin duygularının farkındalığı ve olumlu tutum geliştirmesi, hemşirelerin ölmekte olan hastaya nitelikli bakım vermesine ve ölüm olayı ile etkili başa çıkmasına katkı sağlar.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Yaşam doyumu, Ölüm, Ölüme karşı tutum.

ABSTRACT

This research was conducted to determine the relationship between life satisfaction and attitudes toward death in nurses. This descriptive correlational research was conducted with 174 nurses employed at Tunceli State Hospital of Tunceli Public Hospitals Union. Data were collected using a "Descriptive Questionnaire", the "Life Satisfaction Scale" and the "Death Attitude Profile-Revised Scale" between November and December 2014. The mean life satisfaction scale score of the nurses was 16.82±5.88, their mean overall death attitude profile-revised scale score was 96.86±24.26 with their mean neutral acceptance and approach acceptance subdomain scores being 47.85±15.55. their mean escape acceptance score was 15.32±6.76 and their mean fear of death and death avoidance scores 33.68±10.66. a very weak positive correlation was found between the overall scores of life satisfaction scale and death attitude profile, and the mean scores of the neutral acceptance and approach acceptance subdomains (p<0.05). Increasing life satisfaction in nurses by improving the quality of their working life, and raising awareness of their death-related feelings and developing positive attitudes in them by organizing educational programs on death will contribute to nurses' provision of quality care to moribund patients and will enable them to cope with death effectively.

Keywords: Nurse, Life satisfaction; Death, Attitude towards death.

Bu araştırma 2016 yılında Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiş, 5-8 Kasım 2017 yılında düzenlenen 5.Uluslararası, 16.Ulusal Hemşirelik Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur. Etik kurul izni Erzincan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

¹Hemşire, Tunceli Devlet Hastanesi

²Doç. Dr. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü/Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ

Hemşireler fiziksel, ruhsal ve toplumsal çalışma ortamlarında çeşitli zorlanma etkenlerine maruz kalmaktadır.¹ Yoğun ve ölümcül hastalarla çalışma, hasta ve bakım verenlere duygusal destek sağlama gibi durumlar hemşirelerde ruhsal sıkıntıya yol açmaktadır.² Bu nedenle hemşirelerin bireysel ve mesleki nedenlerden kaynaklanan doyumsuzlukları hizmet verdiği bireylerin bakımına da yansımaktadır.³ Yapılan araştırmalar hemşirelerin iş yükünün ağır olması, hasta, ailesi ve diğer sağlık ekip üyeleri ile iletişim sorunları ve çeşitli sorunlar yaşaması gibi zorlanmaya yol açan faktörlerin, sundukları bakımın kalitesini ve yaşam doyumlarını etkilediğini göstermektedir.^{4,5}

Yaşam doyumu bireylerin yaşam deneyimleri ile ilgili çok yönlü karmaşık bir yapı olup⁶ bireylerin mutluluğunu, nitelikli ve anlamlı bir yaşam sürdürdüğünü göstermekte⁷ ve kendi belirlediği ölçütlere göre yaşamlarını değerlendirmelerine olanak sağlamaktadır.^{8,9} Yaşam doyum alanlarının sağlık, iş durumu, aile, barınma, ekonomi, boş zaman, benlik durumu ve kişinin yakın çevresi olabildiği¹⁰; yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durum gibi faktörlerden etkilendiği belirtilmektedir.¹¹ Bireylerin yaşamına ilişkin

algı ve değerlendirmelerini yansıtan yaşam doyumunun önemli olduğu meslek gruplarından birisi de hemşireliktir.¹² İş doyumunu ve iş yaşamının farklı yönleri hemşirelerin yaşam doyumunu ve iyilik durumunu güçlü bir şekilde etkileyebilmektedir.⁹

Ülkemizde yaşam doyumunu ve ölüme karşı tutum arasındaki ilişkiyi değerlendiren herhangi bir çalışmaya ulaşılamamış olup, bu iki kavramı birlikte değerlendiren çalışma sayısının çok sınırlı olduğu görülmüştür.²⁴⁻²⁶ Bu araştırma hemşirelerin yaşam doyumunu ve ölüme karşı tutumunu belirleyerek ölümcül hastaya nitelikli bakım sunmada farkındalığı artırmaya katkı sağlayabilmesi yönünden önemli bir çalışma olarak değerlendirilmektedir. Hemşirelerin yaşam doyumunu ve ölüme karşı tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile planlanarak yapılan bu araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri yaşam doyumlarını etkiler mi?
2. Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ölüme karşı tutumlarını etkiler mi?
3. Hemşirelerin yaşam doyumunu düzeyi ve ölüme karşı tutumunu nasıldır?

MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı ilişki arayıcı özellikte olan araştırma Kasım-Aralık 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Tunceli il merkezinde tek bulunan Tunceli İli Kamu Hastaneleri Birliği Tunceli Devlet Hastanesi'nde çalışan 202 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, evrenin tamamına ulaşılma hedeflenmiştir. Ancak gebelik, doğum izni, hastalık, görevlendirme gibi nedenlerle izinli olma ve araştırmaya katılmayı kabul etmeme gibi nedenlerden dolayı araştırma 174 (evrenin %86'sı) hemşire ile yapılmıştır. Tunceli Doğu Anadolu Bölgesi'nin Yukarı Fırat bölümünde yer alan bir ildir. İl merkezi ve ilçelerle birlikte 76,699 nüfusa sahiptir.²⁷

Veri Toplama Araçları

1. Tanımlayıcı Soru Formu

Literatür ışığında²⁸⁻³⁰ hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, algısı, çalışılan birim, meslekte çalışma yılı, çalışılan birimi isteyerek seçme durumu, süregelen hastalık durumu, sağlığını algılama durumu ve iş dışında uğraşılan özel alan varlığı) içeren 11 ve ölüme ilişkin (kendi ölümünü düşünme sıklığı ve aileye ölüm haberini verme zorunda kalındığındaki duyguları) iki soru olmak üzere toplam 13 sorudan oluşmaktadır.

2. Yaşam Doyumunu Ölçeği (YDÖ)

Diener ve arkadaşları³¹ tarafından (1985) bireyin yaşamından sağladığı doyumunu saptamak amacıyla geliştirilmiş, Köker (1991) ve Yetim (1993) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır.^{32,33} Ölçek Likert tarzı 7 dereceli (1: kesinlikle katılmıyorum, 7: kesinlikle katılıyorum) beş maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan ise 35'tir. Elde edilen puanın düşük olması yaşam doyumunun düşük, yüksek olması yüksek olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir.^{32,33}

3. Ölüm Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ)

Bireylerin ölümüne karşı tutumlarını belirlemek için Wong ve arkadaşları³⁴ (1994) tarafından geliştirilmiş, ülkemizde uyarlama çalışması Işık ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmıştır.³⁵ Her bir alt ölçek Likert tipi 7 dereceli ölçeklemeye sahip olup, toplam 26 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin en önemli avantajı ölümü kabullenme şeklini ve miktarını doğrudan değerlendirebilmesidir. Tarafsızlık kabullenme ve yaklaşım kabullenme, kaçış kabullenme ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ölümün yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğu ve ölümden sonraki hayata bir geçiş olduğuna inanma olarak açıklanmaktadır. Kaçış kabullenme ölümün yaşamın fiziksel veya psikolojik zararlarından kurtaracağına inanma; ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu ise bireyin ölümüne yaklaştığında hissettiği korku ile ölümün uyandırdığı kaygı duygusunu azaltmak üzere ölüm hakkında düşünmekten veya konuşmaktan kaçınma olarak tanımlanmaktadır. Toplam ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamasının yüksekliği ölümüne karşı olumlu tutumu göstermektedir.³⁵

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri belirtilen tarihlerde araştırmacı tarafından veri toplama formlarının dağıtılıp hemşireler tarafından doldurulduktan sonra geri alınması ile toplanmıştır.

Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı 20.0 sürümü ile yapıldı ve anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı özellikler sayı, yüzdelik, normal dağılıma uygunluk gösterenler ortalama ve standart sapma, normal dağılım göstermeyenler ise ortanca ve %25- %75 persentiller olarak belirtildi. Araştırmada YDÖ, ÖKTÖ toplam ve tarafsızlık kabullenme ve yaklaşım kabullenme, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutları normal dağılıma uygunluk gösterdiğinden parametrik, kaçış kabullenme alt boyutu ise normal dağılıma uygunluk göstermediğinden nonparametrik testler uygulandı. Veriler Kruskal Wallis varyans analizi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Mann-Whitney U testi ve bağımsız gruplarda t-testi ile değerlendirildi. Farklılığın nereden kaynaklandığını belirlemede ise ileri analiz olarak Tukey HSD ve Mann-Whitney U testleri kullanıldı. YDÖ ile ÖKTÖ toplam ve tüm alt boyut puanları arasında Pearson, ÖKTÖ toplam puanı ile alt boyutları arasında ise Spearman korelasyonu kullanıldı.^{36,37}

Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Tunceli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin ve Erzincan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik onay (30/05/2014 tarih ve 49-3645 sayılı) alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelere araştırmanın amacı, planı ve yararları açıklanıp, araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları ifade edilmiş ve gönüllü olanlardan sözlü onam alınmıştır.

Araştırmanın Genellenebilirliği

Araştırmanın sonuçları bu araştırma grubuna genellenebilir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre YDÖ ve ÖKTÖ Puanlarının Karşılaştırılması (s=174)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%	Yaşam Doymumu Ölçeği		Taraflısızlık Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme		Kaçış Kabullenme Ort		Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma		Ölüme Karşı Tutum Ölçeği	
			Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	(%25p-75p)	Ort ±SS	Ort ±SS				
Yaş	25 ve ↓	27	15,5	17,11 ± 6,05	61,03 ± 14,65	19,77(16,00-25,00)	32,44 ± 10,31	113,25 ± 23,39				
	26-35	52	29,9	17,88 ± 5,56	48,94 ± 14,11	13,76 (9,00-18,50)	32,75 ± 10,94	95,46 ± 22,96				
	36-45	71	40,8	16,12 ± 6,36	45,12 ± 15,51	14,76(10,00-20,00)	33,90 ± 10,17	93,78 ± 24,22				
	46 ve ↑	24	13,8	16,29 ± 4,70	38,75 ± 9,21	15,33(10,50-19,50)	36,45 ± 11,95	90,54 ± 21,50				
				F= 0,983 p= 0,402	F= 11,922 p< 0,001	KW= 15,333 p= 0,002*	F= 0,803 p= 0,494	F= 5,487 p= 0,001*				
Cinsiyet	Kadın	154	88,5	16,71 ± 5,77	47,72 ± 15,44	15,09(10,00-20,00)	34,28 ± 10,77	97,10 ± 24,40				
	Erkek	20	11,5	17,95 ± 6,75	48,85 ± 17,08	17,35 (8,00-26,00)	28,35 ± 7,89	94,55 ± 24,15				
			t= -0,783 p= 0,442	t= -0,280 p= 0,782	Mn-U= 1360,00 p= 0,419	t= 2,378 p= 0,019**	t= 0,444 p= 0,661					
Medeni Durum	Evli	126	72,4	17,27 ± 5,93	47,27 ± 15,32	14,70(10,00-20,00)	34,68 ± 10,73	96,66 ± 23,53				
	Bekâr/Dul/Boşanmış	48	27,6	15,64 ± 5,61	49,37 ± 16,18	16,93(9,25-23,75)	31,06 ± 10,12	97,37 ± 26,33				
			t= 1,686 p= 0,095	t= -0,775 p= 0,441	Mn-U= 2566,50 p= 0,123	t= 2,072 p= 0,041**	t= -0,163 p= 0,871					
Gelir düzeyi algısı	Gelir giderden az	96	55,2	15,26 ± 5,52	47,07 ± 16,64	14,81(9,00-19,00)	32,65 ± 10,6	94,54 ± 24,75				
	Gelir gidere eşit	67	35,6	18,97 ± 5,39	49,52 ± 14,20	14,67(10,00-23,00)	35,02 ± 10,80	100,91 ± 23,68				
	Gelir giderden fazla	11	6,2	17,45 ± 7,84	44,54 ± 13,55	13,45(10,00-14,00)	34,45 ± 10,72	92,45 ± 21,82				
			F= 8,615 p< 0,001	F= 0,754 p= 0,472	KW= 2,737 p= 0,254	F= 1,008 p= 0,367	F= 1,563 p= 0,212					
Eğitim Düzeyi	Sağlık M.L.	25	14,4	17,36 ± 6,40	53,72 ± 17,94	20,04(13,50-27,00)	31,96 ± 12,48	105,72 ± 29,85				
	Ön Lisans	61	35,1	16,96 ± 5,34	44,90 ± 13,88	15,54(10,00-20,50)	34,96 ± 10,98	95,40 ± 21,91				
	Lisans	83	47,7	16,40 ± 6,02	48,43 ± 15,39	14,04(9,00-19,00)	33,30 ± 9,83	95,78 ± 23,81				
	Yüksek Lisans	5	2,8	19,40 ± 7,89	45,00 ± 20,14	10,20(7,00-14,50)	33,00 ± 12,06	88,20 ± 25,29				
			F= 0,534 p= 0,660	F= 2,050 p= 0,109	KW= 15,287 p= 0,002*	F= 0,550 p= 0,649	F= 1,462 p= 0,227					
Çalışılan birim	İdari birim	10	5,7	16,90 ± 6,83	48,10 ± 10,13	13,30(7,75-17,75)	35,30 ± 6,961	96,70 ± 19,43				
	Klinik	98	56,3	16,80 ± 5,84	46,24 ± 15,53	14,83(10,00-19,25)	34,70 ± 10,54	95,78 ± 23,90				
	Poliklinik	14	8,0	14,14 ± 4,32	50,57 ± 13,00	17,50(12,25-23,25)	38,78 ± 12,41	106,85 ± 21,17				
	Acil	19	10,9	19,21 ± 6,97	48,73 ± 18,99	16,84(10,00-23,00)	26,05 ± 9,082	91,63 ± 27,55				
	Yoğun bakım	21	12,1	17,80 ± 4,44	57,19 ± 14,52	17,28(10,50-23,50)	31,09 ± 9,428	105,57 ± 24,79				
	Ameliyathane	12	6,9	14,58 ± 6,34	39,91 ± 12,13	12,58(9,25-15,50)	34,66 ± 11,43	87,16 ± 24,27				
			F= 1,709 p= 0,135	F= 2,558 p= 0,02**	KW= 7,071 p= 0,215	F= 3,282 p= 0,007*	F= 1,645 p= 0,151					
Meslekte çalışma yılı	5 ve ↓	48	27,6	17,35 ± 5,97	54,70 ± 15,05	17,10(10,00-23,00)	31,56 ± 10,43	103,37 ± 24,19				
	6-10	20	11,5	18,65 ± 5,94	51,80 ± 14,49	12,60(9,00-13,00)	35,60 ± 11,21	100,00 ± 23,15				
	11-15	10	5,7	16,70 ± 4,52	47,70 ± 19,67	14,10(8,50-20,00)	34,80 ± 7,25	96,60 ± 27,38				
	16-20	21	12,1	17,00 ± 7,01	51,23 ± 17,56	15,00(9,00-20,00)	29,85 ± 10,38	96,09 ± 27,06				
	21-25	45	25,9	16,22 ± 6,12	42,80 ± 13,95	15,44(10,00-21,00)	35,84 ± 9,99	94,08 ± 23,65				
	26 ve ↑	30	17,2	15,60 ± 4,80	39,53 ± 10,06	14,73(10,00-18,00)	34,86 ± 12,15	89,13 ± 21,76				
			F= 0,818 p= 0,538	F= 5,663 p< 0,001	KW= 6,071 p= 0,299	F= 1,538 p= 0,181	F= 1,511 p= 0,189					
Çalışılan birimi isteyerek seçme	Evet	103	59,2	17,76 ± 6,25	46,41 ± 15,26	15,57(10,00-21,00)	34,06 ± 10,50	96,05 ± 23,89				
	Hayır	71	40,8	15,46 ± 5,01	49,94 ± 15,82	14,95(9,00-21,00)	33,12 ± 10,94	98,02 ± 24,91				
			t= 2,685 p= 0,008**	t= -1,465 p= 0,145	Mn-U= 3477,5 p= 0,583	t= 0,567 p= 0,572	t= -0,521 p= 0,603					
Süreğen Hastalık	Var	39	22,4	14,87 ± 5,53	48,51 ± 13,56	16,00(10,00-20,00)	36,48 ± 11,90	101,00 ± 21,78				
	Yok	175	77,6	17,39 ± 5,87	47,66 ± 16,11	15,12(9,00-21,00)	32,87 ± 10,18	95,66 ± 24,87				
			t= -2,472 p= 0,016**	t= 0,328 p= 0,744	Mn-U= 2394,0 p= 0,389	t= 1,722 p= 0,091	t= 1,303 p= 0,197					
Sağlığını Algılama Durumu	İyi	52	29,9	19,61 ± 5,48	50,69 ± 16,97	15,48(9,00-22,00)	32,07 ± 10,24	98,25 ± 25,49				
	Orta	112	64,4	15,58 ± 5,34	45,97 ± 14,83	15,25(10,00-20,00)	34,50 ± 10,91	95,72 ± 24,37				
	Kötü	10	5,7	16,30 ± 8,75	54,20 ± 12,87	15,30(11,50-19,25)	32,90 ± 9,84	102,40 ± 15,59				
			F= 9,199 p< 0,001	F= 2,564 p= 0,080	KW= 0,111 p= 0,946	F= 0,945 p= 0,391	F= 0,466 p= 0,628					
Kendi Ölümünü Düşünme Sıklığı	Çok Sık	14	8,0	13,07 ± 7,10	56,07 ± 17,86	19,21(13,50-26,50)	36,71 ± 11,31	112,00 ± 23,76				
	Ara Sıra	81	46,6	16,97 ± 5,89	50,29 ± 15,56	16,28(10,00-22,00)	35,62 ± 11,09	102,20 ± 2,03				
	Çok Seyrek-Hiç	79	45,4	17,34 ± 5,46	43,89 ± 14,15	13,64(9,00-17,00)	31,15 ± 9,61	88,69 ± 21,93				
			F= 3,267 p= 0,041**	F= 5,816 p= 0,004*	KW= 10,909 p= 0,004*	F= 4,297 p= 0,015**	F= 10,135 p< 0,001					
Aileye ölüm haberini vermede zorunda kaldığında	Normal kabul etme	36	20,7	17,16 ± 5,65	51,22 ± 17,63	15,83(9,25-22,50)	29,66 ± 11,71	96,72 ± 28,15				
	Güçlük çekme	109	6,6	16,72 ± 5,99	48,42 ± 14,91	15,39(10,00-20,00)	34,16 ± 10,52	97,98 ± 23,84				
	Söylemek istememe	29	16,7	16,79 ± 5,88	41,55 ± 13,81	13,64(9,50-18,50)	36,6 ± 8,49	92,82 ± 20,76				
			F= 0,076 p= 0,927	F= 3,390 p= 0,036**	KW= 0,669 p= 0,716	F= 4,093 p= 0,018**	F= 0,515 p= 0,599					
özel ilgi alanı varlığı	Var	113	64,9	17,6 ± 6,02	47,62 ± 14,79	15,22(10,00-20,00)	33,35 ± 10,68	96,20 ± 24,49				
	Yok	61	35,1	15,39 ± 5,37	48,27 ± 16,98	15,50(10,00-21,00)	34,29 ± 10,68	98,08 ± 23,98				
			t= 2,479 p= 0,014**	t= -0,252 p= 0,802	Mn-U= 3353,0 p= 0,768	t= -0,554 p= 0,580	t= -0,489 p= 0,626					

Ort: Ortanca; Ort ± SS: Aritmetik Ortalama ± Standart Sapma; *p<0,01; **p<0,05

Araştırmaya alınan hemşirelerin %40,8'inin 36-45 yaş arasında, % 88,5'inin kadın, %72,4'ünün evli, %55,2'sinin gelirinin giderinden az, %47,6'sının lisans mezunu, %56,3'ünün kliniklerde çalıştığı, %27,6'sının çalışma yılının beş ve altında olduğu ve %59,2'sinin çalıştığı birimi isteyerek seçtiği belirlenmiştir. Ayrıca %77,6'sının süregelen bir hastalığının olmadığı, %64,4'ünün sağlığını orta düzeyde algıladığı, %46,6'sının kendi ölümünü ara sıra düşündüğü, %62,6'sının aileye ölüm haberini verirken nasıl söyleyeceğine karar vermekte güçlük yaşadığı, %64,9'unun iş dışında uğraştığı özel alanlarının olduğu (Tablo 1) ve yaş ortalamasının $36,42 \pm 8,99$ yıl olduğu bulunmuştur.

Yaşam doyumu, iş yaşamı ve iş yaşamı dışındaki doyumu kapsamaktadır. Bireyin yaşamında önemli yer alan iş doyumu, yaşam doyumunu önemli ölçüde etkileyen bir faktördür.³⁸ Bu araştırmada hemşirelerin yaşı ile YDÖ puan ortalaması arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 1). Yapılan çalışmalarda da yaşın yaşam doyumunu etkilemediği³⁹⁻⁴¹, bir çalışmada genç ve ileri yaşta olan hemşirelerin²⁹, diğer bir araştırmada ise 30 yaş üzerindeki hemşirelerin 29 yaş ve altında olanlara göre yaşam doyumunun önemli düzeyde yüksek olduğu bildirilmektedir.⁴² Yaş ile yaşam doyumu ilişkisinde farklı sonuçlar bildirilmekle birlikte, mevcut çalışma sonucu yaşın yaşam doyumunu etkileyen bir değişken olmadığı ile açıklanabilir.

Araştırmada hemşirelerin cinsiyeti ile YDÖ puan ortalamaları arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 1). Yapılan bazı çalışmalar bu bulguyu desteklerken^{39,43}, farklı örneklem grupları ile yapılan bir çok çalışmada ise kadınların yaşam doyumunun erkeklerden önemli düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir.^{40,41,44} Bu konuda farklı sonuçların gösterilmesi ile birlikte mevcut çalışma sonucunda, iş ve yaşam koşullarından kaynaklanan zorlanmalara her iki cinsiyetin de maruz kalması sonucunda, cinsiyetin yaşam doyumunu belirleyici bir etken olmadığı düşünülebilir.

Bu araştırmada evli hemşirelerin YDÖ puan ortalaması bekâr/dul/boşanmış olanlara göre yüksek bulunmuş olup, medeni durum ile YDÖ puan ortalaması arasında önemli bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 1). Yapılan bazı çalışma sonuçları bu bulguyu destekler nitelikte olup^{39,45}, bir çok çalışmada ise evli olanların yaşam doyumunun önemli düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir.^{29,40,41,44} Evlilik sevmeye, sevilme, ait olma, paylaşma ve destek alma gereksinimlerini karşılamayı sağlayabilmekle birlikte, aynı zamanda sorumlulukların farklılaşarak arttığı, eş ve çocuklar arasındaki ilişki ve iletişim sorunlarının ortaya çıkabildiği bir kurumdur. Mevcut araştırma sonucunda hemşirelerin bireysel, toplumsal ve kültürel özelliklerinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin gelir düzeyi algısı ile YDÖ puan ortalaması arasında önemli bir fark olduğu, yapılan ileri analizde farkın tüm gruplardan kaynaklandığı ve en yüksek YDÖ puan ortalamasına geliri giderine eşit grubun sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$) (Tablo 1). Hekimlerle yapılan bir çalışmada aylık gelirini yeterli bulanlarda yaşam doyumunun önemli düzeyde yüksek⁴⁴, diğer çalışmalarda da gelir durumu ile yaşam doyumu arasında pozitif yönde önemli bir ilişki olduğu bildirilmiştir.^{46,47} Klinisyen veteriner hekimler⁴³ ve kamu çalışanları ile yapılan çalışmalarda ise gelir düzeyinin yaşam doyumunu algısını etkilemediği saptanmıştır.⁴⁰ Ekonomik durumun yaşam doyumunda önemli rolü olduğu belirtilmektedir.⁴⁸ Gelir düzeyi algısı ile yaşam doyumu algısı arasında farklı sonuçlar gösterilmekle birlikte, bu çalışma sonucunda hemşirelerin değerler sisteminin ve durumları, olayları algılama ve ele alma biçiminin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada lisansüstü eğitim alan hemşirelerin YDÖ puan ortalamasının diğer eğitim düzeylerine sahip olanlara göre yüksek olduğu saptanmakla birlikte, eğitim düzeyi ile YDÖ puan ortalaması arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 1). Yapılan bazı çalışmalarda da eğitim durumu ile YDÖ puan ortalaması arasında önemli bir fark

saptanmamıştır.^{39,41,45} Bir çalışmada lisansüstü eğitim alan hemşirelerin YDÖ puan ortalamasının önemli düzeyde yüksek⁴², diğer bir çalışmada ise eğitim düzeyi düşük olanların YDÖ puan ortalamasının önemli düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir.²⁹ Bu farklı çalışma sonuçları bildirilmekle birlikte, mevcut çalışma sonucunda lisansüstü eğitim alan hemşire sayısının çok az (%2,8) olması ve bireysel özelliklerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin çalıştığı birim ile YDÖ puan ortalaması arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 1). Yapılan bir çalışmada da çalışılan birim ile yaşam doyumunu arasında önemli bir fark olmadığı bulunmuştur.³⁹ Diğer bir çalışmada ise çalışılan birimin iş doyumunu etkilediği bildirilmiştir.⁴⁹ Bu çalışma sonucunda birimin çalışma koşullarının, hemşirelerin mesleki bilgi ve becerilerinin, bireysel niteliklerinin ve hastaların hastalık, toplumsal ve kültürel özelliklerinin etkili olabileceği söylenebilir.

Meslekte çalışma yılı ile YDÖ puan ortalaması arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 1). Yapılan bazı çalışmalar bu bulguyu desteklerken,^{29,39,43} hemşire⁴² ve hekimlerle⁴⁴ yapılan çalışmalarda ise çalışma yılı fazla olanlarda YDÖ puan ortalamasının önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Kanada ve Amerika'da çalışan hemşirelerin iş yaşamı kalitesini değerlendirmek için 66 makalenin incelendiği bir çalışmada da, hemşirelerin iş yaşamı kalitesinin ve iş doyumunun özellikle çalışma yaşamının ilk yılında düşük olduğu belirlenmiştir.⁵⁰ Bu çalışma sonucunda hemşirelerin profesyonel kimlik gelişiminin, mesleki bilgi ve becerilerinin, bireysel özelliklerinin, kurumun çalışma koşullarının, hastaların hastalık, toplumsal ve kültürel özelliklerinin etkili olabileceği düşünülebilir.

Çalıştığı birimi isteyerek seçen hemşirelerin isteyerek seçmeyenlere göre YDÖ puan ortalamasının önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$) (Tablo 1). Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde çalıştığı birimden memnun olan

hemşirelerin⁴² ve mesleğini isteyerek seçen sağlık çalışanlarının yaşam doyumlarının önemli düzeyde yüksek olduğu gösterilmiştir.³⁹ Bu çalışma sonucu, çalıştığı birimi isteyerek seçen hemşirelerin daha etkin ve verimli çalışarak işinden daha çok doyum aldığı ve istediği birimde çalışmanın sağladığı ruhsal doyum ile açıklanabilir.

Süreğen hastalığı olmayan ve sağlığını iyi olarak algılayan hemşirelerin YDÖ puan ortalamasının önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$, $p<0,001$) (Tablo 1). Sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada da sağlık durumunu iyi olarak algılayanların yaşam doyumunun önemli düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir.⁴ Benzer şekilde Yunanlı 508 hemşire ile yapılan bir çalışmada fiziksel ve ruhsal sağlığını iyi algılayan hemşirelerin iş doyumunu algılarının arttığı belirlenmiştir.⁵¹ Mevcut çalışma sonucu diğer çalışma sonuçları ile benzer olup, bu çalışma sonucu fiziksel ve ruhsal sağlığı iyi olan ve iyi olarak algılayan hemşirelerin iş doyumunun arttığı ve sağlığın yaşam doyumunda önemli bir belirleyici olduğu ile açıklanabilir.

Bu çalışmada kendi ölümünü çok seyrek-hiç düşünmeyen hemşirelerin YDÖ puan ortalaması, çok sık ve ara sıra düşünenlere göre önemli düzeyde yüksek bulunmuş ve farkın kendi ölümünü çok sık düşünen gruptan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 1). Ölümü yaşamın kaçınılmaz doğal bir yönü olarak kabul etmek ruhsal sağlık yönünden önemlidir. Ölüm düşüncesinin aşırılışması ise ruhsal sağlığı olumsuz etkiler, yaşamı altüst eder, denge bozulur ve yaşam doyumunu düşürür.⁵²

Hemşirelerin aileye ölüm haberini verme zorunda kaldığı durumdaki duyguları ile YDÖ puan ortalaması arasında önemli bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 1). Bu çalışma sonucu hemşirelerin ölüme ilişkin tutumları ile açıklanabilir.

İş dışında uğraştığı özel alanlarının olduğunu ifade eden hemşirelerin YDÖ puan ortalamaları önemli düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 1). Bu sonuçlar araştırmanın birinci sorusunu yanıtlamaktadır. Hemşirelerin iş yaşamında

karşılaştığı sorunlar ve yoğunluk sosyal yaşantılarını olumsuz etkilediğinden⁵³, iş dışında uğraşı ve hobiler edinmeleri üretkenliğin ve yeteneklerin gelişmesini sağlayarak yaşam kalitesini ve yaşam doyumunu artırmaya katkı sağlar.

Hemşirelerin yaşı arttıkça ÖKTÖ toplam ve tarafsızlık kabullenme ve yaklaşım kabullenme puan ortalamalarının azaldığı, en yüksek puan ortalamasına 25 yaş ve altında olan grubun sahip olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizde bu yüksekliğin bütün gruplarda önemli bir fark oluşturduğu, yanı sıra 26-35 yaş aralığında ve 46 yaş ve üzerinde olan grup arasında da farkın olduğu görülmüştür. Ayrıca hemşirelerin yaşı ile Kaçış Kabullenme puanı arasında önemli bir fark bulunmuş ($p<0,01$) ve farkın 25 yaş ve altında olan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma puan ortalaması arasında ise önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 1). Yapılan çalışmalarda ise yaşı genç olan hemşirelerin ölüme ilişkin tutumlarının ileri yaşta olanlara göre daha olumsuz olduğu^{35,54} ve Yunanistan'da üroloji hemşireleri ile yapılan bir çalışmada hemşirelik deneyimi ve ileri yaşın ölüme karşı olumlu tutumda güçlü değişkenler olduğu bildirilmiştir.⁵⁵ Yapılan diğer bir çalışmada yaş ile ÖKTÖ toplam ve alt boyutları arasında önemli bir fark olmadığı bulunmuştur.²⁸ Mevcut çalışma sonucunda yaşı genç olan hemşirelerin ölüme karşı daha olumlu tutum göstermeleri ve ölümü daha çok kabullenmelerinde bireysel özelliklerin, dini inançların, toplumsal ve kültürel yapının etkili olabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada kadın hemşirelerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puan ortalamasının erkeklerden önemli düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), tarafsızlık kabullenme ve yaklaşım kabullenme ve toplam puan ortalaması ile kaçış kabullenme puanı arasında önemli bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 1). Nefroloji hemşireleri ile yapılan bir çalışmada, kadın hemşirelerin ölüme ilişkin kaygı, depresyon düzeyinin ve ölümcül hastadan kaçınıcı

tutumunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir.⁵⁶ Hemşirelerde ölüm kaygısının değerlendirildiği bir çalışmada kadınların ölüm kaygısının erkeklere göre daha yüksek olduğu⁵⁷, diğer bir çalışmada ise cinsiyetin ÖKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır.⁵⁸ Mevcut çalışma sonucu kadın hemşirelerin ölüm hakkında düşünmekten veya konuşmaktan kaçındıkları ve ölümü tam olarak kabullenmedikleri ile açıklanabilir.

Araştırmada evli hemşirelerin Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma puan ortalamasının bekâr/dul/boşanmış olanlara göre önemli düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), tarafsızlık kabullenme ve yaklaşım kabullenme, kaçış kabullenme ve toplamda ise önemli bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 1). Yoğun bakım hemşireleri ile yapılan bir çalışmada da evlilerin ÖKTÖ toplam ve kaçış kabullenme alt boyut puan ortalamasının önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.²⁸ Diğer çalışmalarda medeni durumun ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım tutumu ve ölüm kaygısını etkilemediği rapor edilmiştir.^{56,59} Mevcut çalışma sonucu evlilerde eş ve çocuğa özel bir bağlılığın kayıp ve ayrılık duygusal yükünü artırabileceği, bu nedenle ölüm korkusunun ve ölümden kaçınmanın daha fazla algılanmış olabileceği ile açıklanabilir.

Bu çalışmada hemşirelerin gelir düzeyi algısı ile ÖKTÖ toplam ve alt boyut puanları arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 1). Yapılan bir çalışma bu bulguyu desteklemekte olup²⁸, yoğun bakım hemşirelerinde yapılan bir çalışmada ise ekonomik olarak sıkıntı yaşayan hemşirelerin ölüm kaygısının arttığı tespit edilmiştir.⁶⁰ Mevcut çalışma sonucunda hemşirelerin ölüme karşı tutumunun, durum ve olayları yorumlama ve ele alış biçiminin etkili olabileceği söylenebilir.

Hemşirelerin eğitim düzeyi ile kaçış kabullenme puanı arasında önemli bir fark belirlenmiş ($p<0,01$), yapılan ileri analizde farkın sağlık meslek lisesi mezunu olan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Tarafsızlık kabullenme ve yaklaşım kabullenme, ölüm korkusu ve ölümden

kaçınma ile toplam ÖKTÖ puan ortalaması arasında ise önemli bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 1). Yapılan araştırmalarda ise eğitim düzeyi arttıkça ölüme karşı olumlu tutumun geliştiği^{20,61}, kaçış kabullenme, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puanları arasında önemli bir fark olduğu²⁰, bazı çalışmalarda ise eğitim durumunun ÖKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarını^{28,62} ve ölüm kaygısını etkilemediği belirlenmiştir.⁵⁹ Mevcut çalışma sonucu hemşirelerin ölüme karşı tutumunda bireysel özelliklerin, dini inançların, kültürel ve toplumsal yapının etkili olabileceği ile açıklanabilir.

Çalışılan birim ile tarafsızlık kabullenme ve yaklaşım kabullenme ($p<0,05$) ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puan ortalamaları arasında önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,01$). Tarafsızlık kabullenme ve yaklaşım kabullenmede farklılığın yoğun bakım ve ameliyathanede çalışan gruptan kaynaklandığı; ölüm korkusu ve ölümden kaçınmada ise en yüksek puana poliklinikte, en düşük puana acilde çalışanların sahip olduğu, yapılan ileri analizde farkın bu gruplardan kaynaklandığı görülmüştür. Kaçış kabullenme puanı ile toplam puan ortalaması arasında ise önemli bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 1). Yapılan bir çalışmada ise klinikte çalışan hemşirelerin yoğun bakımda çalışanlara göre ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puan ortalamasının önemli düzeyde yüksek⁶², yoğun bakımda çalışan hemşirelerle yapılan başka bir çalışmada da çalışılan yoğun bakım ünitesi ile tarafsızlık kabullenme ve yaklaşım kabullenme puan ortalaması arasında farkın önemli olduğu saptanmıştır.⁶³ Diğer bir çalışmada ise acil birimlerde ve cerrahi ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı düzeyinin diğer birimlerde çalışanlara göre yüksek olduğu bildirilmiştir.⁵⁹ Bu çalışma sonucunda hastaların hastalık özelliklerinin, ölüm olayı sıklığının ve hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Meslekte çalışma yılı ile tarafsızlık kabullenme ve yaklaşım kabullenme puan

ortalaması arasında önemli bir fark olduğu ($p<0,001$), en yüksek puana 5 yıl ve daha az yıl çalışanların, en düşük puana ise 26 yıl ve üzerinde çalışanların sahip olduğu; kaçış kabullenme, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puanları ile toplam puan ortalaması arasında ise önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 1). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin meslekte çalışma yılının ÖKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarını²⁸ ve ölüm kaygısını etkilemediği⁵⁹, başka bir çalışmada beş yıldan daha az çalışma deneyimi olan hemşirelerin tamamının yasa ilişkin destek gereksiniminin olduğu, bu durumun hasta ölümü ile fazla karşılaşılma olmaması ile yorumlanabileceği bildirilmiştir.⁶⁴ Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada ise çalışma yılı 10 ve daha fazla olan hemşirelerin kabul edici yaklaşım puanının önemli düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.⁶³ Mevcut çalışma sonucunda çalışma yılı az olan hemşirelerin ölüme karşı olumlu tutum düzeyinin daha yüksek olması, bireysel özellikler, dini inançlar, toplumsal ve kültürel yapı etkisi ile olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin çalıştığı birimi isteyerek seçme durumu ile ÖKTÖ toplam ve tüm alt boyutları arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 1). Yapılan bir çalışmada da hemşirelerin çalıştığı birimi isteyerek seçme durumu ile ÖKTÖ toplam ve tüm alt boyutları arasında önemli bir fark olmadığı tespit edilmiştir.²⁸ Bu sonuç, hemşirelerin profesyonel kimlik gelişimi, bireysel özellikleri, ölüme karşı tutumu, çalışma koşulları ve hastaların hastalık, toplumsal ve kültürel özellikleri ile açıklanabilir.

Hemşirelerin süregen hastalık varlığı ve sağlığını algılama ile ÖKTÖ toplam ve tüm alt boyutları arasında önemli bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 1). Hemşirelerle yapılan bir çalışmada da süregen hastalık varlığı ile ÖKTÖ toplam ve tüm alt boyutları arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir.²⁸ Bu çalışma sonucu hemşirelerin sağlık durumu ve sağlığını algılama düzeyinin ölümün kaçınılmaz

olduğu gerçeğini ve kabullenildiğini etkilemediği ile açıklanabilir.

Hemşirelerin kendi ölümünü düşünme sıklığı ile ÖKTÖ toplam ve bütün alt boyut puanları arasında önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,001$, $p<0,01$, $p<0,05$) (Tablo 1). Toplam ÖKTÖ ve tüm alt boyutlar için farklılığın kendi ölümünü çok sık düşünen ve çok seyrek/hiç düşünmeyen grup arasında olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin kendi ölümünü düşünme sıklığı ile ÖKTÖ toplam ve bütün alt boyut puanları arasında önemli bir fark bildirilmemekle birlikte, kendi ölümünü çok sık düşünenlerin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme puan ortalamalarının çok seyrek-hiç düşünmeyenlere göre; kendi ölümünü çok seyrek-hiç düşünmeyenlerin kaçış kabullenme ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puan ortalamalarının çok sık düşünenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.²⁸ Bu çalışma sonucu kendi ölümünü çok sık düşünen hemşirelerin ölüme ilişkin daha olumlu tutum gösterdiği ile açıklanabilir.

Hemşirelerin aileye ölüm haberini verme zorunda kaldığı durumdaki duyguları ile tarafsızlık kabullenme ve yaklaşım kabullenme ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puan ortalamaları arasında önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Tarafsızlık kabullenme ve yaklaşım kabullenmede en yüksek puanı durumu normal bir olay olarak kabul eden hemşirelerin, en düşük puanı ise kaçıp söylemek istemeyenlerin aldığı ve farkın bu gruplardan kaynaklandığı görülmüştür. Ölüm korkusu ve ölümden kaçınmada en yüksek puana kaçıp söylemek istemeyen, en düşük puana ise durumu normal bir olay olarak kabul eden hemşirelerin sahip olduğu ve farklılığın bu gruplardan kaynaklandığı saptanmıştır. Kaçış kabullenme puanı ile toplam puan ortalaması arasında ise önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 1). Yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin aileye ölüm haberini verme zorunda kaldığı durumdaki duyguları ile ÖKTÖ toplam ve alt boyut puanları arasında önemli bir fark tespit edilmemiştir.²⁸ Mevcut çalışma sonucu,

aileye ölüm haberini verme durumunda ölümü normal bir olay olarak kabul etmenin hemşirelerin ölüme karşı tutumunun olumlu olduğunu ve ölümü kabullendiklerini göstermektedir.

Hemşirelerin iş dışında uğraştığı özel alan varlığı ile ÖKTÖ toplam ve tüm alt boyutları arasında önemli bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 1). Bu sonuçlar araştırmanın ikinci sorusunu açıklamaktadır. Mevcut çalışma sonucu hemşirelerin bireysel, toplumsal ve kültürel özellikleri ile açıklanabilir.

Tablo 2. Hemşirelerin YDÖ ve ÖKTÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Alınabilecek Puan Aralığı	Ort ± SS	Alınan Puan Aralığı
YDÖ	5 – 35	16,82±5,88	5-33
Tarafsızlık			
Kabullenme ve	12- 84	47,85±15,55	13- 81
Yaklaşım			
Kabullenme			
Kaçış Kabullenme	5 – 35	15,32 ±6,76	5-31
Ölüm Korkusu ve			
Ölümden	9 – 63	33,68±10,66	10-63
Kaçınma			
Toplam ÖKTÖ	26 – 182	96,86±24,26	42-148

Bu çalışmada hemşirelerin YDÖ puan ortalaması 16,82±5,88 olarak belirlenmiştir (Tablo 2). Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar dikkate alındığında hemşirelerin yaşam doyumunun orta düzeye yakın olduğu söylenebilir. Ülkemizde sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin YDÖ puan ortalamasının 18,67±6,46 ve bu sonucun diğer meslek gruplarına göre düşük olduğu tespit edilmiştir.⁶⁶ Onkoloji hemşireleri⁶⁷ ile yapılan başka bir çalışmada YDÖ puanı 25.14, İranlı hemşirelerle yapılan bir çalışmada ise 25,47±6,51 olarak saptanmıştır.⁶⁸ Yine ülkemizde hekimlerle⁴⁴ yapılan bir çalışmada YDÖ puan ortalaması 20,03±6,64, sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda da sırası ile 22,49±6,2 ve 20,39±6,59 olarak belirlenmiştir.^{39,69} Mevcut çalışmada YDÖ puan ortalamasının daha düşük bulunması sonucunda bireysel, toplumsal, ekonomik, kültürel ve zaman gibi faktörlerin etkili olabileceği söylenebilir.

Hemşirelerin ÖKTÖ toplam puan ortalaması 96,86±24.26, tarafsızlık kabullenme ve yaklaşım kabullenme 47,85

$\pm 15,55$, kaçış kabullenme $15,32 \pm 6,76$, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puan ortalaması ise $33,68 \pm 10,66$ olarak bulunmuştur (Tablo 2). Ölçekten alınabilecek alt ve üst değerlere göre ÖKTÖ toplam ve tarafsızlık kabullenme ve yaklaşım kabullenme puan ortalamalarının orta düzeyin üzerinde, kaçış kabullenme ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınmanın ise orta düzeyde olduğu söylenebilir. Bu sonuçlar, hemşirelerin ölüme karşı olumlu tutumunun orta düzeyin üzerinde olduğunu göstermiş olup, araştırmanın üçüncü sorusunu açıklamaktadır. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin ÖKTÖ toplam puan ortalamasının $116,9 \pm 13,4$, tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme $65,7 \pm 7,3$, kaçış kabullenme $15,9 \pm 5,2$ ve

ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu puan ortalamasının $35,2 \pm 7,8$ olduğu tespit edilmiştir.⁶² Sağlık profesyoneli olacak 456 öğrenci ile yapılan bir çalışmada tarafsızlık kabullenme ve yaklaşım kabullenme $58,87 \pm 13,52$, kaçış kabullenme $19,57 \pm 5,85$, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puanı $34,94 \pm 9,93$ olarak saptanmıştır.⁵⁸ Yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin ölümcül hastaya ilişkin tutum puanlarının ortalamasının üzerinde, ölüme ilişkin puanlarının ise ortalama değerinde olduğu bildirilmiştir.⁵⁴ Mevcut çalışma sonucu hemşirelerin ölüme karşı tutumunda bireysel özelliklerin, dini inancın, toplumsal ve kültürel yapının etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 3. Hemşirelerin YDÖ ve ÖKTÖ Puanları Arasındaki İlişki

	YDÖ		Tarafsızlık Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme		Kaçış Kabullenme		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma		ÖKTÖ Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	P
YDÖ	1	-	0,151	0,046*	0,082	0,280	0,100	0,191	0,164	0,031*
Tarafsızlık Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	0,151	0,046*	1	-	0,412	p<0,001	0,195	0,011*	0,842	p<0,001
Kaçış Kabullenme	0,082	0,280	0,412	p<0,001	1	-	0,250	0,001*	0,652	p<0,001
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	0,100	0,191	0,195	0,011*	0,250	p<0,001	1	-	0,634	p<0,001
ÖKTÖ Toplam	0,164	0,031*	0,842	p<0,001	0,652	p<0,001	0,634	p<0,001	1	-

r_s: Spearman korelasyon analizi *p<0,05, **p<0,01

Hemşireler sağlığını, yaşam kalitesini, iş ve yaşam doyumunu etkileyen zorlu yaşam koşulları deneyimlemektedir. Ölüm ve ölmekte olan hasta ile sürekli karşılaşmak zorunda olma, hemşireleri çalışma ortamında ve iş yaşamı dışında etkileyebilmekte ve fiziksel, duygusal belirtilere, aile ilişkilerinde değişikliklere ve iş performansında olumsuzluklara neden olabilmektedir. Bunun sonucunda iş doyumları azalmakta ve yaşam doyumları olumsuz etkilenmektedir.^{58,64} Pediatrik onkologlarla yapılan bir çalışmada hasta ölümüne karşı tepki olarak üzüntü, ağlama, uyku yoksunluğu, bitkinlik, fiziksel olarak hasta hissetme ve kişisel kayıp hissi bildirilmiştir. Ayrıca kendini sorgulama, suçluluk, başarısızlık ve çaresizlik duygusu,

evde sinirlilik, aile üyeleri ve arkadaşlardan uzaklaşma duygusu, ölüme karşı duyarsızlaşmanın yanı sıra tükenmişlik ve bütüncül bakımı geliştirme endişesi ile profesyonel yaşama olan etkileri bildirilmiştir.⁶⁵ Bu çalışmada hemşirelerin YDÖ ile ÖKTÖ toplam ve Tarafsızlık Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme alt boyut puan ortalaması arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki belirlenmiş ($p<0,05$), Kaçış Kabullenme ve Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma alt boyut puanları ile önemli bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3). ÖKTÖ toplam puan ortalaması ile bütün alt boyut puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Ölümü yaşamın bir parçası

olarak algılamak sorunlarla başa çıkmada etkili olup yaşamdan doyum almayı sağlar.⁷⁰ Sağlık çalışanları ve öğrenciler ile yapılan bir araştırmada da YDÖ puan ortalaması ile Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme alt boyutu arasında çok zayıf düzeyde pozitif bir ilişki saptanmış olup, bu çalışma sonucunu destekler niteliktedir.²⁴ Yapılan bir çalışmada öğrenci hemşirelere verilen ölüme ilişkin eğitim programının öğrencilerin ölüme karşı tutumları üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı, ancak yaşam doyumlarını önemli düzeyde etkilediği tespit edilmiştir.²⁵ Yaşlı bireylerle yapılan bir araştırmada da yaşamlarından memnun olan yaşlı bireylerin ölüme karşı olumlu bir tutum

sergiledikleri saptanmıştır.²⁶ Yaşam sonu bakımında iletişim becerileri eğitim modülüne katılan 247 onkoloji hemşiresi ile yapılan bir çalışmada, eğitim sonrası hemşirelerin ölüme ilişkin bilgi düzeyinde, yaşam sonu bakım amaçlarında ve bu konuda kendilerine olan güvenlerinde önemli düzeyde artma olduğu gösterilmiştir.⁵⁰ Avustralya'da diyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin hasta ölümünde yas sürecine ilişkin gereksinimlerini ve ölüme karşı tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada da ÖKTÖ Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçış ile Tarafsız Kabullenme alt boyutu arasında önemli bir ilişki bildirilmiştir.⁶⁴

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada hemşirelerin yaşam doyumlarının orta düzeye yakın, ölüme karşı olumlu tutumlarının orta düzeyin üzerinde olduğu ve yaşam doyumunu düzeyi arttıkça ölüme karşı olumlu tutum gösterdikleri belirlenmiştir. Gelirini giderine eşit algılayan, çalıştığı birimi isteyerek seçen, iş yaşamından memnun olan, süregelen hastalığı olmayan, sağlığını iyi olarak algılayan, kendi ölümünü arasıra, çok seyrek-hiç düşünmeyen ve iş dışında uğraştığı özel alanlarının olduğunu ifade eden hemşirelerin yaşam doyumunu algısının önemli düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Yaşı genç olan, bekâr, eğitim düzeyi düşük, yoğun bakımda çalışan, çalışma yılı az olan, kendi ölümünü çok sık düşünen, aileye ölüm haberini verme durumunda ölümü normal bir olay olarak kabul eden hemşirelerin ölüme karşı tutumunun önemli düzeyde daha olumlu

olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin iş yaşamı kalitesini ve iş doyumunu etkileyen çalışma ortamı ve koşullarının iyileştirilmesi, ücret artışı, toplumsal aktiviteler ve uğraşı programları düzenlenip bu aktivitelere katılımın teşvik edilmesi önerilmektedir. Ölüm kavramı ve ölüme ilişkin olarak, öncelikle hemşirelerin kendi varlığının farkındalığını geliştirme, ölüm anksiyetesi ve hasta ölümünde yas süreci ile etkili başa çıkma konularında eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile birlikte toplumsal hizmetlerin sunulması sağlanmalıdır. Ayrıca hemşirelerin temel eğitim ve hizmet içi eğitimlerinde ölüm ve ölüme ilişkin tutumları belirli aralıklarla değerlendirilip, ölüme karşı tutumlarını iyileştirmeye yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ve sürekliliğinin sağlanması önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Milutinovic D, Golubovic B, Brkic N ve Prokes B. (2012). "Professional Stress and Health Among Critical Care Nurses in Serbia". *Arh Hig Rada Toksikol.*, 63: 171-180.
2. Sarıalmaz H, Yıldırım Y ve Fadiloğlu Ç. (2015). "Evde Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik". *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6: 13-20.
3. Tilev S ve Beydağ KD. (2014). "Hemşirelerin İş Doyum Düzeyi". *Sağlık ve Hemşireli Yönetimi Dergisi*, 3: 140-147.
4. Yavuzer Y ve Çivilidağ A. (2014). "Sağlık Çalışanlarında İş Yerinde Mobbing İle Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Depresyonun Aracı Rolü". *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 27: 115-125.
5. French SE ve Eyles J. (2007). "An Empirical Evaluation of an Expanded Nursing Stress Scale". *Journal of Nursing Measurement*, 8(2):161-178.
6. Lacey R, Stafford M, Sacker A ve McMunn A. (2016). "Work-Family Life Courses and Subjective Wellbeing In The Mrc National Survey of Health And Development (The 1946 British Birth Cohort Study)". *Journal of Population Ageing*, 9(1):69-89.
7. Piccolo FR, Judge TA, Takahashi K, Watanabe N ve Locke EA. (2005). "Core Self- Evaluations In Japan: Relative Effects On Job Satisfaction, Life Satisfaction and Happiness". *Journal of Organizational Behavior*, 26: 965-984.
8. Haybron D. (2007). "Life Satisfaction, Ethical Reflection, and The Science of Happiness". *Journal of Happiness Studies*, 8(1): 99-138.
9. Nemcek MA ve James GD. (2007). "Relations Among The Nurse Work Environment, Self Nurture and Life Satisfaction". *Journal of Advanced Nursing*, 59(3): 240-247.
10. Roberts JA ve Clement A. (2007). "Materialism And Satisfaction with Over-All Quality of Life and Eight Life Domains". *Social Indicators Research*, 82: 79-92.
11. Toker B. (2012). "Life Satisfaction Among Academicians: An Empirical Study on the Universities of Turkey". *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 47: 190-195.
12. Kahraman G, Engin E, Dülgerler Ş ve Öztürk E. (2011). "Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Doyumları Ve Etkileyen Faktörler". *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1): 12-18.
13. Sabuncu N ve Ay FA. (2010). "Klinik Beceriler, Sağlıkın Değerlendirilmesi, Hasta Bakımı ve Takibi" (s:3-8, 760-766). Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. İstanbul.
14. Maria M, Pavlos S, Kiriaki, S, Tatiana S, Kostantinia K, Eleni M ve ark. (2011). "Greek Nurses Attitudes Towards Death". *Global Journal of Health Science*, 3(1):224-230.
15. Ay FA. (2008). "Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar" (s:118-125). Medikal Yayıncılık Ltd. Şti. 2. Baskı. İstanbul.
16. Bahar A. (2008). "Ölüm Sürecinde Olan Hasta: Terminal Bakım ve Hospis". *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6):148-156.
17. Abu Hasheesh MO, Al-Sayed AboZeid S, Goda El-Zaid S ve Alhujaili AD. (2013). "Nurses' Characteristics and Their Attitudes Toward Death And Caring For Dying Patients in A Public Hospital in Jordan". *Health Science Journal*, 7(4): 384-394.
18. Khader KA, Jarrah SS ve Alasad J. (2010). "Influence of Nurses' Characteristics and Education on Their Attitudes Towards Death And Yying: A Review of Literature". *International Journal of Nursing and Midwifery*, 2(1): 1-9.
19. Öz F. (2010). "Sağlık Alanında Temel Kavramlar" (s:225-255). Mattek Matbaacılık Bas.Yay. Tic. Ltd. Şti. İkinci Basım. Ankara.
20. Işık E, Fadiloğlu Ç ve Demir Y. (2009). "Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Hemşire Popülasyonunda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması". *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2: 29-30.
21. Yılmaz M. (2010). "Kayıp Yaşantısı: Bir Olgu Sunumu". *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3):150-154.
22. Aksu T ve Okçay H. (2010). "Yaşam Dönemlerine Göre Ölüm Algısı ve Hemşirelik Yaklaşımı". *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(14): 113- 126.
23. Parker DW. (2013). "The Relationship Between Ego Integrity and Death Attitudes in Older Adults". *American Journal of Applied Psychology*, 2(1):7-15.
24. Latha KS, Sahana M, Mariella D, Subbannayya K ve Asha, K. (2013). "Factors Related to Life Satisfaction, Meaning of Life, Religiosity and Death Anxiety in Health Care Staff and Students: A Cross Sectional Study From India". *Online J Health Allied Scs*, 12(2): 7.
25. Kim EH ve Lee E. Asha, K.(2009). "Effects of a Death Education Program On Life Satisfaction And Attitude Toward Death in College Students". *Journal of Korean Academy of Nursing*,39(1): 1-9.
26. Kim HJ, Kim So-Jeung, Kim Jeong Soon, Lee SY, Young HY. (2013). "Attitude to Death and Life Satisfaction Between Groups of Elderly People With And Without Cancer". *Asian Oncology Nursing*, 13(4): 240-247.
27. Türkiye Cumhuriyeti Tunceli Valiliği. <http://www.tunceli.gov.tr/tarihçe>. Erişim: 14.06.2016.
28. Önsöz SB. (2013). "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumları ile Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi". Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
29. Kaplan H. (2014). "İş Doyumu-Yaşam Doyumu İlişkisi (Denizli Servergazi Devlet Hastanesi Hemşire-Ebe Hemşireler Örneği)". *Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.
30. Yıldırım A ve Hacıhasanoğlu R. (2011). "Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler". *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, (2)2:61-68.
31. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. (2011). "The Satisfaction with Life Scale". *Journal of Personality Assessment*, 49: 71-75.
32. Köker S. (1991). "Normal ve Sorunlu Ergenlerin Yaşam Doyumu Düzeyinin Karşılaştırılması". Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
33. Yetim Ü. (1993). "Life Satisfaction: A Study Based on The Organization of Personal Projects". *Social Indicators Research*, 29(3): 277-289.
34. Wong P, Reker G ve Gesser G. (1994). "Death attitude profile-revised: a multidimensional measure of attitudes death". Neimeyer RA, editör. *Death anxiety handbook*. Washington, DC: Taylor & Francis, p.120-144.
35. Işık E, Fadiloğlu Ç ve Demir Y. (2009). "Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Hemşire Popülasyonunda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması". *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2:29-30.
36. Özdamar K. (2013). "SPSS ile Biyoistatistik". Yenilenmiş 9. Baskı. Nisan Kitabevi, Eskişehir.
37. Erdoğan S, Nahcivan N ve Esin N. (2014). "Hemşirelikte Araştırma, Süreç, Uygulama ve Kritik". Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
38. Keser A. (2005). "Çalışma Yaşamı ile Yaşam Doyumu İlişkisine Teorik Bakış". *İktisat Fakültesi Mecmuası*, 55(1):897-913.
39. Tekir Ö, Çevik C, Arık S ve Ceylan G. (2016). Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik, İş Doyumu Düzeyleri Ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(2):51-63.
40. Uslan UY. (2016). "Public Employees Job Satisfaction, Life Satisfaction And Burnout Levels'Assessment By Some Socio-Demographic Factors". *Journal of Human Sciences*, 13(2):3354-3372.
41. Turgut EM. (2010). "İş Doyumu ve Yaşam Doyumu İlişkisi ve İstanbul'daki Devlet Üniversite Hastanelerinde Çalışan Ameliyathane Hemşirelerine Yönelik Bir Araştırma". İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
42. Eren TA. (2008). "Onkoloji Hemşirelerinin İş Doyumu ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi". Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi İstanbul.
43. Özen A, Yüksel E, Özen R, Atlı E, Yaşar A ve Yerlikaya H. (2007). "A Study on Life Satisfaction Of Turkish Veterinary Practitioners". *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1): 5-10.

44. Ünal S, Karlıdağ S ve Yoloğlu S. (2001). "Hekimlerde Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Yaşam Doyumu Düzeyleri ile İlişkisi". *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4:113-118.
45. Deveci S. (2014). "Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu ve Yaşam Doyumu İlişkisi (Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Hemşireler Örneği)". *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.
46. Grün C, Hauser Wve Rhein T. (2010). "Is Any Job Beter Than No Job? Life Satisfaction and Re-Employment". *Journal of Labor Research*, 31: 285-306.
47. Naz S, Gul S ve Haq AU. (2011). "Relationship of Work-Family Conflict With Job Satisfaction And Life Satisfaction In High Tech Industrial Employees". *International Journal of Academic Research*, 3(6): 476-480.
48. Milio N. (2005). "Minority Populations And Health: An İndroduction To Health Disparities in The United States". *JAMA*, 294:1280.
49. Derin N. (2007). "Devlet Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler". *Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, Eskişehir.
50. Nowrouzi B, Giddens E, Gohar B, Schoenbergers S, Bautista MC ve Casole J. (2016). "The Quality of Work Life Of Registered Nurses İn Canada And The United States: A Comprehensive Literature Review". *International Journal of Occupational Environmental Health*, 13:1-18.
51. Ioannu P, Katsikavali V, Galanis P, Velonakis E, Papadatou D ve Sourtzi P. (2015). "Impact of Job Satisfaction On Greek Nurses'health-Related Quality of Life".*Saf Health Work*, 6(4): 324-328.
52. Tanhan F. (2013). "Ölüm Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı ve Psikolojik İyi Olmaya Etkisi". *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1):184-200.
53. Yıldırım S, Öner M ve Yenihan B. (2014). "Hemşirelerin İş-Aile Çatışması ve Yaşam Tatmini Düzeyleri: Demografik Özellikler Açısından Bir Değerlendirme". *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 2(3):165-180.
54. Ay MA. (2013). "Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları". *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
55. Zyga S, Malliarov M, Lavdaniti M, Athanasopoulov M ve Sarafis P. (2011). "Greek Renal Nurses' Attitudes Towards Death". *Journal of Renal Care*, 37(2):100-107.
56. Dönmez ÇF. (2012). "Nefroloji Hemşirelerinin Ve Diyaliz Hastalarının Ölüm Kavramına İlişkin Görüşleri". *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, Mersin.
57. Harrawood LK, White LJ ve Benschoff JJ. (2009). "Death Anxiety in a National Sample of United States Funeral Directors and its Relationship with Death Exposure, Age, and Sex". *Omega (Westport)*, 58(2):129-146.
58. Bilge A, Embel N ve Kaya FG. (2013). "Sağlık Profesyoneli Olacak Öğrencilerin Ölümüne Karşı Tutumları, Ölüm Kaygıları Arasındaki İlişki ve Bunları Etkileyen Değişkenler". *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(3):119-124.
59. Taka F. (2010). "Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi". *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.
60. Özdemir K. (2014). "Yoğun Bakım Hemşirelerinde Görülen Ölüm Kaygısı". *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, Erzurum.
61. Mallory JL ve Allen CL. (2006). "Care of the Dying: A Positive Nursing Student Experience". *Medsurg Nurs*, 5(4): 217-222.
62. Zaybak A ve Erzincanlı S. (2016). "Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları". *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 6: 16- 29.
63. Yılmaz E ve Vermişli S. (2015). "Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları". *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2): 41-46.
64. Tranter S, Josland E ve Turner K. (2016). "Nurses' Bereavement Needs and Attitudes Towards Patient Death: A Qualitative Descriptive Study of Nurses in A Dialysis Unit".*Journal of Renal Care*, 42(2):101-106.
65. Granek L, Bartels U, Scheinmann K , Labrecque M ve Barrera M. (2015). "Grief Reactions and impact of Patient Death on Pediatric Oncologists". *Pediatr Blood Canser*, 62(1): 134-142.
66. Doğan A, Deniz ME, Odabaşı H, Özyeşil Z ve Özgirgin N. (2012). "Job and Life Satisfaction of The Medical Staff in Rehabilitation Centers". *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 58:16-21.
67. Eren TA. (2008). "Onkoloji Hemşirelerinin İş Doyumu ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi". *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.
68. Mirfarhadi N, Moosavi S ve Tabari R. (2013). "Life Satisfaction And İts Determinants: A Survey On Iranian Nurses Population". *Journal of Paramedical Sciences*, 4(4):11-15.
69. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu Aşlar R, Kara G ve Göğercin S. (2016). "Sağlık Çalışanlarında Yaşam Doyumu, Kişilik Yapısı ve Sağlık Anksiyetesi İlişkisi". *Uluslararası Erzincan Sempozyumu, Erzincan 2016*; s: 921-928.
70. Karakuş G, Öztürk Z ve Tamam L. (2012). "Ölüm ve Ölüm Kaygısı". *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2(1): 42-79.

Acil Servislerde İlaç Uygulama Hataları

Medication Administration Errors in Emergency Department

Songül BİŞKİN¹ Fatma CEBECİ²

ÖZET

Bu araştırma, acil servislerde çalışan hemşirelerin deneyimledikleri ilaç uygulama hatalarını belirlemek ve hata kaynaklarını irdelemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kalitatif türde bir çalışmadır. Araştırma, bir üniversite ile eğitim ve araştırma hastanesinin acil birimlerinde çalışan hemşireler ile yapılmıştır. İlgili kurumlardan yazılı izin ve katılımcı hemşirelerden onam alınmıştır. Ele alınan konunun hassasiyeti nedeni ile hemşirelerin yalnızca %12'si araştırmaya katılmayı kabul etmişlerdir.

Veriler, yarı yapılandırılmış görüşme formu ve derinlemesine bireysel görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Görüşmelerden elde edilen bulgular vaka analizi yöntemi ile tartışılmıştır.

Acil servis hemşirelerinin en sık deneyimledikleri ilaç uygulama hatalarının; yanlış hasta, yanlış ilaç ve yanlış uygulama tekniği olduğu bulunmuştur. Yapılan hataların, hastaların yaşamını tehdit eden boyutlara ulaştığı ancak ölüme yol açmadığı belirlenmiştir. Acil servislerde yapılan hataların bireysel, sistem ve iletişim kaynaklı hatalar olarak karşımıza çıktığı görülmüştür.

Bu bulgulardan yola çıkarak klinikte güvenli ilaç uygulama önerilerine uyulması, yüksek riskli ilaçların kullanımı ve saklanmasına yönelik protokollerin geliştirilmesi, acil servis oryantasyon programlarında hemşirenin stres altında ilaç uygulama beceri ve yetkinliğine yer verilmesi, ilaç uygulama hatalarının önlenmesine yönelik çalışmalar yapılması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Acil Servis, İlaç Uygulama Hataları, Hemşire

ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate the medication administration errors experienced by nurses in emergency services in terms of patient, employee safety and emergency department. This study is a descriptive and qualitative study. The study was performed with nurses working in emergency services of one university hospital and two education and research hospitals. It was obtained written permission from the hospitals' management and informed consents of the participating nurses. The ratio of nurses willing to participate in the study was only 12%.

Data of the study was collected through in-depth individual interviews and semi-structured questionnaire form. The findings obtained during the interviews were discussed using case analysis method. The most common medication administration errors experienced by nurses in emergency services were found to be wrong patient, wrong medication and wrong administration technique. Medication errors in the emergency services were determined to have threatened patients' lives seriously but have not lead to death. Medication errors in the emergency departments were determined as both individual and system and communication errors.

It might be suggested that to adherence to safe medication practices in clinic and the development of protocols for the use and storage of high-risk medication and to the nurses' skills and competence to apply medications under stress in the emergency service orientation programs and to research for prevent medication administration errors.

Keywords: Emergency Department, Medication Errors, Nurses

Bu çalışma I. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi, 30 Eylül- 2 Ekim Kuşadası, İzmir'de sözel bildiri olarak sunulmuştur.

¹Uzman Hemşire Akdeniz Üniversitesi Hastanesi

²Doç. Dr. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Hastanede yatan hastalarda ilaç uygulamaları çoğunlukla hemşirelerin sorumluluk alanı içindedir. İlaç uygulama sürecinde yapılan hatalar, hasta güvenliğini tehdit etmekte, yanlış tedavilere, yaralanmalara hatta ölüme varan sonuçlara neden olabilmektedir.^{1,2} Sağlık bakım sistemlerinin devam eden sorunlarından biri olan ilaç hataları, hastanede kalış süresinin

uzamasına ve tedavi giderlerinin artmasına da yol açabilmektedir.³ Her yıl sadece Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde uzun süreli bakım alan hastalarda ilaçlarla ilgili yaklaşık 800.000 önlenbilir yaralanma olduğu tahmin edilmektedir.^{4,5,6} İlaç uygulama hataları; tıbbi hatalar içinde ve acil servislerde en fazla görülen hata türüdür.^{7,8}

Tablo 1. En Fazla Görülen İlaç Hataları ve Hastaya Zarar Verme Durumları

Hata Türleri	Sayı	Hastaya Zarar Verme	Hastaya Zarar Vermeme
Reçete Hataları (Yanlış ya da Yetkisiz İstem)	2742	3,8	96,2
Yanlış Doz	2486	6,2	93,8
Doz Atlama	1655	5	95,0
Reçetesiz İlaç Uygulama	1318	4,3	95,7
Yanlış İlaç Hazırlama	512	4,7	95,3
Yanlış Zaman	403	4	96,0
Yanlış Yol	388	5,4	94,6
Yanlış Uygulama Tekniği	349	13,5	86,5

*Hillin and Rodney, 2010.

İlaçlar, güvenli bir şekilde uygulandığında hasta yaşamını kurtarıcı etki gösterirken, aksi durumda hastanın yaşamını tehdit edebilmektedir.^{10,11} Tıbbi tedavinin vazgeçilmez parçası olan ilaç uygulamaları tüm dünyada hemşirelerin en temel ve en yaygın işlevleri arasında yer alır.^{8,9,12,13} Acil servislerde; kontrol edilemeyen iş yükü, çok sayıda ve tahmin edilemeyen hasta akışının olması, zaman baskısı, hızlı karar verme ve uygulama zorunluluğu, ciddi akut hastalığı /yaralanması olan bireylerin sağlık durumlarında her an ortaya çıkabilen kötüleşme, aşırı kalabalık ve hasta ile çalışanlar arasındaki iletişimin kısa süreli olması, ilaç hatalarını kolaylaştıran faktörlerdir.¹⁴ Acil servislerde meydana gelen tıbbi hataların %51'ini ilaç hatalarının oluşturduğu ve ilaç hatalarının en fazla uygulama aşamasında yapıldığı bildirilmektedir.¹¹ Acil servislerin yüksek riskli alanlar olması, ilaçların advers etkilerinin de daha yüksek oranda görülmesine neden olmaktadır.¹⁵

İlaç hatalarının ve insidansının bilinmesi ilaç güvenliğinin artırılmasına yönelik eylemlerden biridir.¹⁶ Ülkemizde 2016 yılında kurulan Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS™)'ne göre ilaç hataları, üçüncü en sık yapılan hata türüdür.¹⁷ İlaç hatalarına ilişkin oranların daha çok hatalı uygulamalarla ilgili yapılan çalışmalarda rapor edildiği görülmektedir. Ertem ve ark.(2009) yaptığı retrospektif çalışmada, ilaç hatalarının hatalı uygulamaların %8.7'ini oluşturduğu bildirilmektedir.¹⁵ Çırpı ve ark. (2009) çalışmasında ise hemşirelerin yaptığı hatalı uygulamaların %47'sini ilaç hatalarının oluşturduğu bildirilmektedir.¹⁸ Türkiye'de acil servis hemşirelerinin yaptığı ilaç uygulama hatalarına yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırma; acil servislerde çalışan hemşirelerin yaşadıkları ilaç uygulama hatalarını belirlemek ve hata kaynaklarını irdelemek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı ve kalitatif türde yapılan araştırma, Antalya ilinde bulunan bir Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastanelerinin Acil Servislerinde çalışan hemşireler ile yapılmıştır. Araştırmada hemşirelerin tamamına (80 hemşire) ulaşılması hedeflenmiş ancak yalnızca 10 hemşire araştırmaya katılmaya gönüllü olmuş ve katılımcı oranı %12’de kalmıştır.

Veriler acil serviste çalışan hemşirelerle derinlemesine bireysel görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında konuya ilişkin literatürden yararlanarak^{7-12,15,16,20} araştırmacılar tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Seçilen yöntemin özelliğine uygun olarak yarı yapılandırılmış görüşme formunda; ilaç uygulama hatası/ hataları deneyimleri, hata sırası ve sonrasında hastada ortaya çıkan durumlar, hastaya yapılan müdahaleler ile hata/hataların nedenlerine yönelik görüşlere ilişkin açık uçlu sorular yer almıştır. Görüşmeler özel

bir odada yapılmış olup görüşme süresi ortalaması 25 dakikadır (min:15, maks:45). Katılımcı hemşireler görüşmeler sırasında teyp kaydına izin vermediğinden, veriler araştırmacıların tuttuğu kayıtlardan oluşmuştur.

Görüşmelerde elde edilen bulgular tekrar tekrar okunarak gruplandırılmış ve vaka analizi yöntemi ile tartışılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın kalitatif türde olması ve hemşirelerin geçmiş deneyimlerine dayanması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlanmadan önce ilgili kurumlardan yazılı izin (**Sayı No:**112-11662 ve11.08.2011 tarihli; **Kayıt No:**19634 ve 04.08.2011 tarihli) ve katılımcılardan onam alınmıştır. Araştırma boyunca kimliksizlik ve güvenlik etik ilkesi yerine getirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Hataların; birey, sistem ve iletişim kaynaklı nedenlerle ortaya çıktığı bilinmektedir.^{19,16} Bu nedenle ilaç uygulama hatalarına yönelik elde edilen bulgular, bu üç temel hata kaynakları üzerinden ele alınarak tartışılmıştır.

VAKA-1

50 yaşında bayan hasta çarpıntı, göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı şikâyeti ile acil servise başvurmuş. Doktor muayenesi sonucunda kalp yetmezliği ön tanısı ile hastaya perlinganit sözel istem olarak verilmiştir. Hemşirenin hastaya bir ampül perlinganit IV puşe uygulaması sonrasında hastanın genel durumu hızla kötüleşmiş ve kan basıncı alınamayan hasta entübe edilmiştir. Hemşire işe başladığının ilk zamanları olduğunu ve bu ilacın rutinde nasıl uygulandığına ilişkin bir eğitim almadığını, kendini çok kötü, suçlu hissettiğini ve vicdan azabı çektiğini ifade

etmiştir. Çalıştığı birimde sözel istem alma, ilaçların hazırlanması ya da uygulanmasına yönelik herhangi bir protokolün bulunmadığını ve infüzyon makinalarının olmadığını belirtmiştir.

Yapılan hata ilacın yanlış hazırlanması ya da, yanlış dilüsyon uygulanmasına örnek oluşturmaktadır (Perlingalit infüzyon şeklinde ve mümkünse infüzyon pompası ile gönderilir). Hemşirenin ilaç uygulanması ile ilgili bilgi eksikliği ve ilaç uygulamaların da 8 doğru ilkesini (doğru hasta, doğru zaman, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru ilaç şekli, doğru kayıt, doğru yanıt) ihlal etmesi bireysel kaynaklı hata nedenleri arasında olduğu düşünülebilir. Literatür incelendiğinde, hemşirelerin ilaçlar hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasının, ilaç hatası yapma riskini arttırdığı belirtilmektedir.^{16,21} Hemşireler tarafından ilaç uygulamalarında beş doğru ilkesine uyulması ilaç güvenliğini arttırmaktadır.⁶

Ayrıca acil servisin hata oluşumunu kolaylaştırıcı özelliği (zaman baskısı, kısa zamanda uygulama durumunda olunması, dikkatin azalması ve stres) ilaç hatası oluşmasına neden olmaktadır.²² Çalışma sonucuna göre; sözel istem alma protokolünün olmaması, uygulanması dikkat gerektiren yüksek riskli ilaçların kullanımı ile ilgili özel protokolün/kartların olmaması, hemşirenin oryantasyon eğitimine alınmaması sistem kaynaklı hata nedenleri arasındadır. Bu sonuçlar literatür ile paralellik göstermektedir. İlaç uygulamalarına yönelik standartların ve prosedürlerin geliştirilmesi ile ilaç hatalarının büyük oranda önlenileceği bilinmektedir.^{23,24}

VAKA-2

40 yaşında erkek hasta, sol göğsünde yanma şeklinde başlayan sıkıştırıcı, sol kola vuran, nefes darlığı ve bulantının eşlik ettiği ağrı şikayeti ile acil servise başvurmuştur. Yapılan tetkikler sonrasında hastaya akut MI tanısı konarak, 1 cc heparin sözel istemi yapılmıştır. İlaç uygulanmasını takiben hastada soğuk terleme ve bilinç değişikliği gelişmesi üzerine, semptomlar tekrar değerlendirilmiş, ancak EKG de değişiklik görülmemiştir. Hemşire, ilaç dolabında İnsülin ve Heparinin yan yana olduğunu hatırlayarak, hastaya 1 cc heparin yerine, IV 1 cc insülin yapmış olabileceğini söylemesi üzerine hastanın kan şekere bakılmış ve hastada hipoglisemi geliştiği görülmüştür. Hastaya hızla % 30'luk dekstroz IV bolus yöntemi ile verilmiş ve hipoglisemi semptomları düzelmiştir.

Yapılan hata, yanlış ilaç uygulanmasına örnek oluşturmaktadır. Literatürde antikoagülan ve insülinin en fazla hata yapılan ilaç türleri arasında olduğu bildirilmektedir.¹⁶ Yüksek riskli ilaçların (İnsülin, Heparin, Digoxin gibi), kullanımı ile ilgili özel protokolün/kartların olmaması ya da kullanılmaması da hatayı kolaylaştıran faktörler arasındadır.^{5,9,16,26} Çeşitli çalışmalarda, hemşireler tarafından yapılan ilaç hata nedenlerinin, ilaç ambalajlarının,²⁵ ilaçların ve etiketlerinin benzer olmasından² kaynaklandığı belirtilmiştir. Yapılan bu

hatanın hem sistem ve hem de bireysel nedenleri mevcuttur. Hatanın oluşmasında; sözel istem protokolünün olmaması ve sözel istem alınması, çift order kontrolünün yapılmaması ya da yüksek riskli ilaçların kullanımı ile ilgili özel protokolün/kartların olmaması ya da kullanılmaması, benzer ilaçların aynı yerde muhafaza edilmesi sistem kaynaklı hata nedenleri olarak sayılabilir. Hataları önlemede; ilaç uygulama alanının dış ortam ile bağlantısının azaltılması, uygulamalar sırasında daha az kesinti olması ve dikkat dağıtıcıların önlenmesi etkilidir.²⁶ Çalışmada hemşirenin, ilaç uygulamaların da 8 doğru ilkesini ihlal etmesi ve dikkatsizliği bireysel kaynaklı ilaç hatası olarak düşünülebilir. Literatürde, ilaç uygulamalarında çift kontrol yönteminin ilaç hatası riskini azalttığı belirtilmektedir.²⁷

VAKA-3

Karın ağrısı şikayetleri ile acil servise başvuran iki erkek hasta, iki ayrı odada gözlem altında tutulmaktadır. Doktor, koridorun diğer ucunda bulunan hemşireden, birinci oda üçüncü yataktaki hastasına bir ampul diclomec ve metpamit yapılmasını istemiştir. Hemşire hastanın yanına giderek hemşire gözleminde yazılı istemi bulunmayan metpamit ve diclomec tedavilerini uygulamış, çok yoğun olan acil serviste başka istemleri yerine getirmek üzere hasta yanından ayrılmıştır. Kısa bir süre sonra doktorun hemşireye verdiği istemi neden yapmadığını sorması üzerine hemşire, kendisine söylenen hastaya ilacı yaptığını belirtmiştir. Doktor ise birinci oda üçüncü yataktaki karın ağrısı olan hastaya değil, ikinci oda üçüncü yataktaki karın ağrısı olan hastaya istem yaptığını söylemiştir. İlacın akut batın tanısıyla acil serviste yatan başka bir hastaya yapıldığı anlaşılmış, hasta belli bir süre gözlemlendikten sonra taburcu edilmiştir.

Yapılan hata; ilacın yanlış hastaya uygulanmasına örnek oluşturmaktadır. Hatanın, sistem, bireysel ve iletişim kaynaklı nedenleri mevcuttur. Hasta kimliğini doğrulama prosedürünün olmaması ya da uygulanmaması, acil

serviste iş yoğunluğu ve zaman baskısı, sistem kaynaklı hata nedenleri arasında yer almaktadır. Yazılı yerine sözel istem alınması, ilaç uygulamaların da 8 doğru ilkesinin ihlal edilmesi ise bireysel kaynaklı hata nedenleri olarak kabul edilebilir. Literatür incelendiğinde, barkod teknolojisinin ilaç uygulamaları sırasında hasta kimliğini tanıladığından, hasta kimliği doğrulanmamasından kaynaklı hataları azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir.^{28,24} Ayrıca doktorun istem, hemşirenin ise ilaç uygulaması sırasında hasta odasını ve yatağını kimlik tanımlayıcı olarak kullanmaları, iletişim kaynaklı bir hatadır. Araştırmada acil servis hemşirelerinin yaşadığı ilaç uygulama hatalarının, hastaların yaşamını tehdit eden boyutlara ulaştığı, ancak ölüme yol açmadığı

belirlenmiştir. Deneyimlenen ilaç uygulama hatalarının ise yanlış hasta, yanlış ilaç, yanlış uygulama tekniği olduğu bulunmuştur. Yanlış ilaç uygulaması, yaygın olarak yapılan ilaç hatalarından biridir.^{16,13} Yanlış uygulama tekniğinin ise az görülen ilaç uygulama hatalarından biri olmakla birlikte, hastaya zarar verme oranının yüksek olduğu belirtilmektedir.⁹ Araştırmada acil servis hemşirelerinin yaptıkları ilaç uygulama hatalarının hem bireysel hem de sistem ve iletişim kaynaklı olduğu görülmüştür. Hataların ortaya konulması ve azaltılmasında sistemin hataları engelleyecek yapılanmada olmasının önemli olduğu, bireyleri suçlamanın ise hataların rapor edilmesini engellediği gerçeği göz önünde bulundurulmalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bir sorunu çözmenin ilk adımı o soruna yönelik farkındalığı arttırmak ve tanımlamaktır. Elde edilen bulgular, hemşireler için öncelikli ve önemli bir sorun olan ilaç hatalarının farkına varılmasında ve tanımlanmasında yol gösterici olabilir. Araştırma acil hemşirelerinin ilaç hazırlama ve uygulama sırasındaki sorumluluklarına dikkat çekmesi bakımından önemlidir. Ancak araştırmanın hemşirelerin geçmiş deneyimlerine dayalı olması daha objektif verilerin elde edilmesine olanak sağlamamış olabilir.

Bu bulgulardan yola çıkarak kliniklerde yüksek riskli ilaçların kullanımı ve saklanmasına yönelik protokollerin geliştirilmesi, hasta kimliği doğrulama prosedürü ve sözel istem alma protokolünün oluşturulması, güvenli ilaç uygulama önerilerine uyulması, acil servise yönelik hemşire oryantasyon programının uygulanması gereklidir. Araştırmacılara ise ilaç hazırlama ve uygulamaları sırasında yapılan hataların ortaya konması ve hataların önlenmesine yönelik çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Bayazidi S, Zarezadeh Y, Zamanzede V, Parvan K. (2012). Medication Error Reporting Rate and Its Barriers and Facilitators Among Nurse. *Journal of Caring Sciences*, 1(4):231-6
2. You ME, Choe MH, Park GO, Kim SH, Son YJ. (2015). Perceptions Regarding Medication Administration Errors Among Hospital Staff Nurses of South Korea. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(4):276-283
3. Xu C, Li G, Ye N, Lu Y. (2014). An Intervention to Improve Inpatient Medication Management: A Before and After Study. *Journal of Nursing Management*, 22(3):286-294.
4. Page K, Mickinney AA. (2007). Addressing Medication Errors-The Role of Undergraduate Nurse Education. *Nurse Education Today*, 27:219-224
5. Brady AM, Malone AM, Fleming S. A. (2009). Literature Review of The Individual and Systems Factors That Contribute to Medication Errors In Nursing Management. *Journal of Nursing Management*, 17(6):679-697.
6. Petrova E, Baldacchino D, Camilleri M.(2010). Nurses' Perceptions of Medication Errors in Malta. *Nursing Standard*, 24(33):41-8.
7. Blank FSJ, Tobin J., Macomber S., Jaouen M., Dinoa M., Vısıntamer P. (2011). A Back to basics approach to reduce ED medication errors. *Journal of Emergency Nursing*, 37(2),141-147
8. Anderson P and Townsend T. (2010). Medication errors: Don't let them happen to you, *American Nurse Today*, 5(3):23-27
9. Hillin E., and Rodney W. (2010). Medication errors from an emergency room setting: safety solutions for nurses. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 22(2), 191-96.
10. Nguyen EE., Connolly PM., Wong V. (2010). Medication safety initiative in reducing medication errors. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(3), 224-30. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3181ce3ae4
11. Hohenhaus, S. (2008). Emergency nursing and medical error-a survey of two states. *Journal of Emergency Nursing*, 34(1), 20-25
12. Hewitt, P. (2010). Nurses perceptions of the causes of medication errors:an integrative literature review, *Medsurg Nursing*, 19(3), 159-167
13. Tang F-I, Sheu S-J., Yu S., Wei IL., Chen CH. (2007). Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3),447-57. doi: 10.1111/j.1365 2702.2005.01540.x22655
14. Cebeci, F. (2010). Hasta güvenliğinde acil hemşirelerinin rolü (The role of emergency nurses in patient safety)Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 2(1), 57-63
15. Ertem G., Oksel E., Akbıyık A. (2009). Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, 84(1), 1-10
16. Courtenay M. and Griffiths M. (2010). Introduction to medication errors and medication safety. In *Medication Safety An Essential Guide*. Molly Courtenay and Matt Griffiths (Editor).(1-7)New York, Cambridge University Press,
17. Güvenlik Raporlama Sistemi: TC.Sağlık Bakanlığı. <http://grs.saglik.gov.tr/Stats.aspx> Erişim Tarihi 18 Aralık 2017
18. Çırpı F., Doğan-Merih Y., Yaşar-Kocabay, M. (2009). Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 26-34
19. Sulosaari V, Suhonen R & Leino-Kilpi H (2010) An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 464-478. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03228.x
20. Pham JC., Story JL., Hicks RW., Shore AD., Morlock LL., Cheung DS.,and et al. (2011). National study on the frequency, types, causes, and consequences of voluntarily reported emergency department medication errors the journal of emergency medicine. *Errors The Journal of Emergency Medicine*, 40(5),485-492
21. Alsulami Z, Conroy S, Choonara I. (2013). Medication Errors in The Middle East Countries: A Systematic Review of the Literature. *69(4):995-1008.*
22. Seki Y, Yamazaki Y. (2006). Effects of Working Conditions on Intravenous Medication Errors in A Japanese Hospital. *Journal of Clinical Nursing Management*, 14(2):128-139.
23. Athanasakis, E. (2012). Prevention of Medication Errors Made by Nurses in Clinical Practice. *Health Science Journal*, 6(4):773-783
24. Cloete, L. (2015). Reducing Medication Errors in Nursing Practice. *CPD Medicines Management*, 14(29):50-9
25. Maiden J, Georges JM, Connelly CD.(2011). Moral Distress, Compassion Fatigue, and Perceptions about Medication Errors in Certified Critical Care Nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 30:339-345
26. Pape, TM. (2013). The Effect of a Five-Part Intervention to Decrease Omitted Medications. *Nursing Forum*, 48(3):211-222
27. Evans, J. (2009). Prevalence, Risk Factors, Consequences and Strategies for Reducing Medication Errors In Australian Hospitals: A Literature Review Copyright © eContent Management Pty Ltd. *Contemporary Nurse*, 31:176-189
28. Ulanimo VM, O'Leary-Kelley C, Connelly PM. (2007). Nurses' Perceptions of Causes of Medication Errors and Barriers To Reporting. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(1):28-33.

İşyerinde Öfke Kontrolü Eğitiminin Etkliliği: Otel İşletmeleri Çalışanları İle Yapılan Bir Araştırma

Effectiveness Of Anger Management In Business: A Research Done With Hotel Staff*

Ayşegül BİLGE¹, Sabah BALTA², Fisun ŞENUZUN AYKAR³, Senem YILMAZ⁴

ÖZET

Bu araştırmanın amacı otel işletmelerinde çalışan personele uygulanan öfke kontrolü eğitiminin etkililiğini saptamaktır.

Araştırma yarı deneysel bir araştırma olarak planlandı. Araştırmanın örneklemini, İzmir iline bağlı beş büyük otel de görev yapan çalışmaya katılmayı kabul eden 127 otel çalışanı oluşturdu. Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile Tanıtıcı Bilgi Formu, Sürekli Öfke Ölçeği (SÖÖTÖ) kullanıldı. Öfke kontrolü eğitim programı öncesinde katılımcılara araçlar uygulandı, 18 saatlik eğitim verildi, eğitim sonrası ölçek (SÖÖTÖ) yeniden uygulandı. Verilerin analizinde t testi ve tekrarlı ölçümlerde ANOVA analizleri kullanıldı.

Otel çalışanlarının öfke kontrolü eğitimi sonrası, öfkelerini daha iyi ifade ettikleri, daha az içe attıkları, daha iyi öfkelerini kontrol ettikleri ve bunların sonucu olarak öfke duygularının azaldığı belirlendi (p=0.000).

İşyerlerinde duygu kontrollerinden olan öfke kontrolü eğitimlerinin yapılması hem iş motivasyonu ve hizmet kalitesini arttıracak hem de çalışanların beden ve ruh sağlıklarını koruyacağından önerilmektedir.

Anahtar kelime: İşyeri, Öfke, Öfke Kontrolü, Otel Çalışanı, Eğitim.

ABSTRACT

The aim of this research is to determine the effectiveness of anger management for hotel staff.

The research has been planned as a quasi-experimental research. The research sample has been formed by 127 hotel personnel who accepted to join the research and who work in 5 large hotel in Izmir. In order to collect the required data for research Introductory Information Form, Constant Anger Anger Style Scale has been used. Before the anger management education, implements have been applied, 18-hour education has been given and scale after education has been applied again for participants. In evaluating the research data, t test has been used and in iterative evaluation, ANOVA analysis has been used.

After the anger management education, it is stated that hotel personnel can express their anger, suppress their anger less, control their anger better and as a result of these their anger feeling has been lessened (p=0.000).

Anger management education is suggested because it will both increase the work motivation and quality of service and protect personnel's physical and mental health.

Key words: Business, Anger, Anger Management, Hotel Employee, Education.

* Yaşar Üniversitesi'nde BAP/1 2013 Nolu Bilimsel Araştırma Projesi olarak 2013-2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

¹Prof.Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

²Doç.Dr. Yaşar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Turizm Rehberliği Bölümü

³Prof.Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD

⁴Arş.Gör. Yaşar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü

GİRİŞ VE AMAÇ

Öfke, insanın mutluluk, üzüntü, korku ve nefretten oluşan beş temel duygusundan biridir. Günlük yaşamda birçok kişinin çoğu zaman yaşadığı bir duygudur.^{1,3}

Bugüne kadar algılandığı biçimin aksine, öfke saldırganlık ve düşmanlık gibi olumsuz bir duygu değil, bizzat olumlu, sağlıklı ve enerji veren bir duygudur. Belirli bir insana veya bir olaya yönelik olduğu gibi, genel kişisel sorunlardan da kaynaklanıyor olabilir. Anılar, travma oluşturan ya da travmayı canlandıran olaylar da öfke duygularını harekete geçirebilir.^{2,3}

Öfke bir davranış değil, bir duygudur. Ancak toplumda ifade edilmiş biçimine bağlı olarak bireyler tarafından farklı yaşanmaktadır. Öfke yaşamda evrensel bir duygu olduğu için, toplumun öfke ile baş edebilmeyi öğrenmesi önemlidir.¹

Öfke bireyin ruh halini gösteren duygulardan biridir. Bireyde içe dönük öfke ve dışa dönük öfke şeklinde yaşanabilir. Bireyin ruh sağlığı, sağlıklı olsun ya da olmasın öfkenin yaşamına yansması bu şekilde olabilmektedir.^{4,5}

Günlük yaşamda kimi bireylerin öfkelerini çok kolay dışa vurdukları, kimilerinin ise bu duygularını bastırıp içe yönettikleri bilinmektedir. Ancak öfke dışa yansıtıldığında ve bu durum diğer insanlar tarafından olumsuz değerlendirildiğinde, kişide düşük benlik saygısına, kişilerarası ve aile içi çatışmalara, sözel ve fiziksel saldırılara ve iş yaşamı ile ilgili uyumsuzluklara zemin hazırlayabilmektedir.⁶ Diğer yandan öfke bastırılıp içe döndürüldüğünde de bireyin kendisine zararı söz konusu olmakta; yüksek kan basıncı, kalp hastalıkları gibi fizyolojik olumsuzluklarla birlikte çaresizlik ve yalnızlık gibi depresif

duyguların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla öncelikle öfkenin sağlıklı bir biçimde dışsallaştırılması gerektiği ve yapıcı olarak kullanıldığı sürece de zihinsel ve bedensel güç verebildiği gerçeği ortaya çıkmaktadır.⁷⁻¹⁰

Öfkeyi doğru ifade etme becerisini kazanmaya öfke kontrolü denir. Öfke kontrolünde temel amaç; saldırganlıktan uzak, şiddet içermeyen, kişinin kendisine ve çevresindekilere zarar vermeyecek şekilde öfke duygusunu ifade etme becerisini kazanmasıdır.¹¹

Öfke kontrolünü öğreten pek çok yöntem olduğu gibi doğru yöntem kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Doğru yöntemi belirlerken; kişinin kendi kişiliğine, yaşam tarzına uygun olanı seçmesi ve seçtiği yöntemi uygularken günlük yaşamında fazladan sıkıntı hissetmemesi göz önüne alınması gereken temel faktörlerdir.¹²

Birey çevresi ile bütün bir varlıktır. Aile, arkadaş, akraba, iş arkadaşları ve iş yerinde hizmet sunulan bireyler çevreyi oluşturur. Bu doğrultuda iş yerinde yaşanan öfkenin kontrol edilmesi hem kurum hem de hizmeti alan bireyler açısından önemlidir. Bu araştırmanın amacı otel işletmelerinde çalışan personele uygulanan öfke kontrolü eğitiminin etkililiğini saptamaktır.

Araştırmada yanıt aranacak sorular şunlardır:

- Otel işletmelerinde çalışan personele verilen öfke kontrolü eğitimi etkili midir?
- Otel işletmelerinde çalışan personele verilen öfke kontrolü eğitimini etkileyen sosyo-demografik özellikler nelerdir?

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın tipi

Araştırma, otel işletmelerinde çalışan personele uygulanan öfke kontrolü eğitiminin etkililiğini belirlemek için yarı deneysel (öntest–sontest) bir araştırma olarak planlanmıştır. **Araştırmanın örneklem sayısı ve büyüklüğü** Araştırma örneklemini İzmir iline bağlı beş büyük otel de görev yapan çalışmaya katılmayı kabul eden 127 otel çalışanı oluşturmuştur. Öfke kontrolü eğitimi öncesi, eğitim sonrası ve bir ay sonra izlem ölçümleri eksiksiz olan katılımcı sayısı 69'dur.

Veri toplama araçları

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve öfkeye yönelik bireysel değerlendirmelerini içeren 25 soruluk Tanıtıcı Bilgi Formu ve Sürekli Öfke Ölçeği (SÖÖTÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Spielberger tarafından geliştirilen (Anger Expression Scale) Sürekli Öfke Ölçeği'nin (SÖÖTÖ) Türkçe'ye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği Özer tarafından yapılmıştır.^{13,14} Ölçek; 34 maddeden oluşmakta olup, sürekli öfke, kontrol altına alınmış öfke, dışa vurulmuş öfke, bastırılmış öfke alt ölçeklerinden oluşmaktadır.¹³ Geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Chronbach Alfa değerleri; sürekli öfke boyutu için 0,79, kontrol altına alınmış öfke boyutu için 0,84, dışa vurulmuş öfke boyutu için 0,78 ve öfke içte boyutu için ise 0,62 olarak bulunmuştur. Sürekli öfke alt

ölçeğinden alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu; kontrol öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanları öfkenin kontrol edilebildiğini, öfke dışa alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar, öfkenin kolayca ifade edilebiliyor olduğunu ve öfke içte alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir.

İşlem

Öfke yönetimi eğitimi 10 saat teorik ve 8 saat interaktif uygulama olmak üzere toplam 18 saatlik bir program olarak uygulanmıştır. Eğitim programı öfke kavramı, öfkenin beden ve ruhsal sağlığa etkisi ve öfke kontrol yöntemleri konularını kapsamaktadır. Otel çalışanlarının değerlendirilmesi SÖÖTÖ'nün eğitim öncesi, eğitimden hemen sonra ve eğitim sonrası birinci ay olmak üzere üç ölçüm ile yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package For Social Science (SPSS 22.0) ile çözümlenmiş ve anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler, t testi ve tekrarlı ölçümlerde ANOVA analizleri kullanılmıştır.

Etik

Araştırmanın uygulanabilmesi için otel işletmelerinden gerekli yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin tümüne araştırma ve amacı hakkında bilgi verilmiş, gönüllü katılım sağlanmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1. Otel Çalışanlarının Bazı Sosyo - Demografik Özelliklerin Dağılımı

ÖZELLİKLER	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	45	35,4
Erkek	82	64,6
Eğitim Durumu		
Düz Lise	22	17,3
Meslek Lisesi	21	16,5
Üniversite	69	54,3
Diğer	15	11,8
Otel'de Çalışma Yılı		
0-3 ay	15	11,8
4-6 ay	5	3,9
7-11 ay	13	10,2
1-3 yıl	34	26,8
3 yıl - ↑	60	47,2
Kendini Stresli Bulma		
Evet	72	56,7
Hayır	55	43,3
Stres Düzeyi ($\bar{X} \pm SS$)	5,62 ± 2,43	
Kendini Öfkeli Bulma		
Evet	41	32,3
Hayır	82	64,6
Yanıtsız	4	3,1
Öfke Düzeyi ($\bar{X} \pm SD$)	5,38 ± 2,76	
TOPLAM	127	100,00

SS=standart sapma, \bar{X} = aritmetik ortalama

Araştırma kapsamına alınan otel çalışanlarının yaş ortalaması $\bar{X} = 32 \pm 7,90$, %64,6'sının erkek, %54,3'ünün üniversite mezunu, otelde çalışma yıllarının en fazla oran ile %47,2'sinin üç yıl ve üzeri olduğu ve çoğunluğunun çalıştıkları departmanı kendileri için uygun gördükleri (%89,8) saptanmıştır (Tablo 1).

Otel işletmelerinde çalışan personele uygulanan öfke kontrolü eğitiminin etkililiğini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmaya katılan bireylerin yetişkin olduğu ($\bar{X} = 32 \pm 7,90$), çoğunun erkek, üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Tüm bu sonuçlar öfke kontrolü eğitimi için katılımcıların uygun özelliklere sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 1).

Araştırmada otel çalışanlarının yarıya yakınının son çalıştığı otelde üç yıldan daha uzun zamandır çalışıyor olması istenen bir durumdur. Çoğunluğunun çalıştıkları departmanı kendileri için uygun görmeleri de (%89,8) iş kalitesi ve doyumu açısından

önemlidir. Üç yıl işe adaptasyonu tamamlama açısından yeterli bir süredir. Doğan ve arkadaşları (2010) otel çalışanlarının öfke düzeylerini araştırdıkları çalışmada, çalışanların buldukları işletmede %43,9'unun bir ile üç yıldan beri çalıştıkları belirtilmiştir⁸

Araştırmada otel çalışanlarının algıladıkları stres durumu ve öfke duyguları incelendiğinde, %56,7'sinin kendisini stresli bulunduğu, stres düzeylerinin 0-10 arası değerlendirme sonucuna göre ortalama olarak $\bar{X} = 5,62 \pm 2,43$ olduğu; %32,3'ünün kendisini öfkeli bulunduğu, öfke düzeylerinin 0-10 arası değerlendirme sonucuna göre ortalama olarak $\bar{X} = 5,38 \pm 2,76$ olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Özellikle çalışan bireylerde psikolojik bir gerilim durumu yaratarak iş verimi ve etkinliğini önemli ölçüde etkileyen stres, başa çıkılması ve yönetilmesi gereken bir süreç olarak görülmektedir.¹⁵

Saldamlı'nın (2000), Türkiye'nin çeşitli illerindeki 25 değişik beş yıldızlı otelde uyguladığı ve 663 otel çalışanı üzerinde gerçekleştirdiği araştırmada, otel işletmelerindeki stres kaynakları ve çalışanlar üzerindeki etkileri belirlenmeye çalışılmış, stres etmenlerinin daha çok organizasyonda oynanan rol ve örgüt yapısından kaynaklandığı görülmüştür.¹⁶

Bir çalışmada otel çalışanlarının stresle baş edebilme yöntemlerine ilişkin ortaya çıkan sonuçta genellikle fiziksel ve manevi baş etme yöntemlerini tercih ettikleri belirlenmiştir.¹⁷

Araştırmada otel çalışanlarının çoğunluğu stresli, üçte biri ise öfkeli olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum stresin daha kabul edilebilir bir ruhsal durum olması ile ilişkilidir. Diğer yandan, önceki araştırma sonuçlarındaki gibi iş yerinde stresin nedenleri ve baş etme yöntemleri bu araştırmanın amacı olmadığı için araştırılmamıştır. Bu araştırmanın sonucu stres ve öfkenin işyerlerinde hala yaşanan ruhsal bir sorun olması açısından önemlidir.

Öfke “gerçek ya da hayali bir yanlışlığa bağlı olarak gelişen çok yüksek bir memnuniyetsizlik hissi” şeklinde tanımlanabilmektedir.¹⁸ Bu anlamda öfkeyi haklarımızın çiğnendiği, istek ve gereksinimlerimizin engellendiği ve bir şeyin doğru olmadığı konusunda verilen bir mesaj olarak da nitelendirmek olanaklıdır. Günlük yaşamda kimi bireylerin öfkelerini çok kolay dışa vurduklarını, kimilerinin ise bu duygularını bastırıp içe yönelttiklerini görebilmekteyiz. Ancak öfke dışa yansıtıldığında ve bu durum diğer insanlar tarafından değerlendirildiğinde, kişide düşük benlik saygısına, kişilerarası ve aile içi çatışmalara, sözel ve fiziksel saldırılara ve iş yaşamı ile ilgili uyumsuzluklara zemin hazırlayabilmektedir. Diğer yandan öfkenin bastırılıp içe döndürüldüğünde de bireyin kendisine zararı söz konusu olmakta; yüksek kan basıncı, kalp hastalıkları gibi fizyolojik olumsuzluklarla birlikte çaresizlik ve yalnızlık gibi depresif duyguların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla öncelikle öfkenin sağlıklı bir biçimde dışsallaştırılması gerektiği ve yapıcı olarak kullanıldığı sürece de zihinsel ve bedensel güç verebildiği gerçeği ortaya çıkmaktadır.⁸ Ayrıca öfke birey tarafından kontrolsüz yaşandığında, bireyin kendisine ve çevresine zarar verici bir boyuta gelen önemli bir duygudur.¹

Otel çalışanları ile ilgili yapılan bir araştırmada, katılımcıların öfke değişkeni ile cinsiyet ve yaş demografik değişkenleri arasında da önemli bir ilişki olduğu bulunmuştur.⁸Yapılan bir çalışmada katılımcıların kan basınçları ile öfke düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş, öfke düzeyi arttıkça kan basınçlarının da arttığı saptanmıştır. Özellikle öfkesini dışta yaşayan katılımcılarda kan basıncının yükseldiği belirtilmiştir.¹⁹

Ergenlerin öfke düzeylerinin araştırıldığı farklı bir çalışmada, bireylerin sürekli öfke ($\bar{X}=20,28\pm 4,77$) ve kontrol altına alınmış öfke ($\bar{X}=21,68\pm 4,88$) puanları yüksek olarak değerlendirilmiştir. Ergenlerin öfke düzeyinin yüksek olduğu, ancak öfkelerini kontrol edebildikleri belirtilmiştir.²⁰

Tablo 2. Otel Çalışanlarının Sürekli Öfke Öfke Tarz Ölçeği Alt Boyutları Öfke Kontrolü Eğitimi Öncesi, Sonrası ve İzlem Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=69)

ALT BOYUTLAR	11.	22.	3.	F
Sürekli Öfke Kontrol	220,39	119,82	118,75	1,540*
Altına Alınmış Öfke	223,00	224,17	224,51	2,361*
Dışa Vurulmuş Öfke	113,78	114,55	114,98	1,897*
Bastırılmış Öfke	117,17	116,50	116,54	1,455*

F=Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, \bar{X} = aritmetik ortalama *p=0.001

Otel çalışanlarının Sürekli Öfke Öfke Tarz Ölçeği alt boyutları, öfke kontrolü eğitimi öncesi, sonrası ve izlem puan ortalamaları karşılaştırıldığında (N=69) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (p=0,001) (Tablo 2).

Otel çalışanlarının birinci, ikinci, üçüncü ölçüm sürekli öfke değerleri incelendiğinde, birinci uygulamada en yüksek, üçüncü uygulamada ise en düşük değere ulaştığı görülmektedir. Elde edilen değerlerle yapılan tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonucunda istatistiksel olarak oldukça önemli bir fark saptanmıştır (F=1,540, p=0,001) (Tablo 2).

Araştırmada otel çalışanlarının öfke kontrolü eğitimi ve izlem çalışmaları değerlendirildiğinde sürekli öfke düzeylerinin düştüğü ve anlamlı bir değişiklik olduğu görülmektedir. Bu durum istenen bir durumdur.

Araştırmamızda otel çalışanlarının sürekli öfke yaşadıkları ve öfkelerini kontrol etmeye çalıştıkları söylenebilir. Bu bulgu öfke ile ilgili farklı örnek grubunda yapılan çalışmaların bulgularını desteklemektedir. Otel çalışanlarının müdahale öncesi öfke verileri, öfke ile ilgili eğitim ve danışmanlık desteğine gereksinim duyduklarını göstermektedir.

Otel çalışanlarının birinci, ikinci, üçüncü kontrol altına alınmış öfke değerleri

incelendiğinde, birinci ölçümde kontrol altına alınmış öfke değerinin en düşük, üçüncü ölçümde ise en yüksek değere ulaştığı belirlenmiştir. Elde edilen değerlerle yapılan tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonucunda istatistiksel olarak oldukça önemli bir fark saptanmıştır ($F=2,361$, $p=0,001$) (Tablo 2).

Otel çalışanlarının öfke kontrolü eğitimi ve izlem çalışmaları değerlendirildiğinde eğitim sonrası öfkeyi daha iyi kontrol ettikleri ve anlamlı bir değişiklik olduğu görülmektedir.

Otel çalışanların birinci, ikinci, üçüncü dışa vurulmuş öfke değerleri incelendiğinde, birinci uygulamada dışa vurulmuş öfke değeri en düşük, üçüncü uygulamada ise en yüksek değere ulaştığı saptanmıştır. Elde edilen değerlerle yapılan tekrarlı ölçümlerde istatistiksel olarak oldukça önemli bir fark saptanmıştır ($F=1,897$, $p=0,001$) (Tablo 2).

Otel çalışanlarının öfke kontrolü eğitimi ve izlem çalışmaları değerlendirildiğinde öfkelerini dışarıya ifade edebildikleri ve anlamlı bir değişiklik olduğu görülmektedir. Bu durum öfkeyi saldırganlık yerine doğru ifade etmeleri açısından önemli bir sonuçtur.

Otel çalışanların birinci, ikinci, üçüncü bastırılmış öfke değerleri incelendiğinde, birinci bastırılmış öfke değeri en yüksek, eğitim sonrası ise bastırılmış öfke değerinin düştüğü görülmektedir. Elde edilen değerlerle yapılan tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonucunda istatistiksel olarak

oldukça önemli bir fark saptanmıştır ($F=1,455$, $p=0,001$) (Tablo 2).

Otel çalışanlarının öfke kontrolü eğitimi ve izlem çalışmaları değerlendirildiğinde öfkeyi içe atmadıkları ve anlamlı bir değişiklik olduğu görülmektedir.

Otel çalışanları ile öfke düzeyleri üzerine yapılan bir araştırmada kadın çalışanların genel öfke düzeylerinin erkek çalışanlara göre daha yüksek olması ilginç bir bulgu olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca yaşlı çalışanların gençlere oranlara öfkelerini de daha kolay kontrol edebildikleri belirlenmiştir.⁸

Van Kleef ve Côté (2007) yaptığı araştırmada çatışmanın önlenmesinde öfkenin ifade edilmesi gerektiği vurgulanmıştır.²¹ Tuthill (2002) öfkenin kötü bir duygu olmadığını, farkında olup doğru ifade etme çalışmalarının yapılması durumunda faydalı olduğunu vurgulamıştır.²²

Bilge ve Keskin'in (2012) yaptığı araştırmada 'psikodrama ile zenginleştirilmiş öfke kontrolü eğitimi' öncesi ve sonrası öfke puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, eğitim sonrası öfke puan ortalamasının düştüğü belirtilmiştir.²³

Otel çalışanlarının öfke kontrolü eğitimi sonrası, öfkelerini daha iyi ifade ettikleri, daha az içe attıkları, daha iyi öfkelerini kontrol ettikleri ve bunların sonucu olarak öfke duygularının azaldığı görülmektedir. Eğitim ve danışmanlık girişiminin faydalı ve etkili olduğu söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada otel işletmelerinde çalışan personele uygulanan öfke kontrolü eğitiminin etkililiği saptanmış, eğitim öncesi bireylerin daha öfkeli, öfkelerini bastırdıkları, daha az ifade ettikleri ve kontrol etme güçlüğü çektikleri belirlenmiştir. Öfke kontrolü eğitimi sonrasında ve bir ay sonraki ölçümlerinde ise öfkeyi daha az yaşadıkları, bastırmadıkları ve kontrol edebildikleri

saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda; otel yöneticilerinin personel memnuniyeti için işletme, beden ve ruh sağlığı profesyonellerinden öfke kontrolü ve iş kalitesi ilişkisini içeren eğitim ve danışmanlık hizmeti alması önerilmektedir. Araştırmamızın sonuçları, İzmir ilinde hizmet veren bir grup otel çalışanlarını temsil etmesi nedeniyle sınırlılık göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Bilge, A ve Ünal, G (2005) "Öfke, öfke kontrolü ve hemşirelik yaklaşımı." E. Ü. Hemşirelik Y.O. Dergisi; 21: 189-196.
2. Bilgin, N. Sosyal Psikolojiye Giriş, İzmir, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları. 2000.
3. Morgan ,CT Psikolojiye Giriş (Çeviri yayın Sorumlusu: Karakaş S). Ankara, Hacettepe Psikoloji Bölümü Yayınları. 1999.
4. Gabbard ,GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, Washington, American Psychiatric Press. 1994.
5. Gabbard, GO., Mood, Disorders: Psychodynamic Etiology Comprehensive, Kaplan H.I. (eds) Textbook of Psychiatry/VI, New York, Sadock (Eds.) Williams&Wilkins.1995.
6. Erdem, M, Çelik, C, Yetkin, S ve Özgen, F (2008) "Yaygın anksiyete bozukluğunda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı." Anadolu Psikiyatri Dergisi; 9:203-207.
7. Baltaş, A ve Baltaş, Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları, İstanbul, Remzi Kitabevi. 2004.
8. Doğan ,H, Üngüren, E ve Algür, S (2010) "Öfke ve empati ilişkisine yönelik otel zincirinde bir araştırma." Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi; 9:277-298.
9. Koçak, E. Ergenlerde yalnızlığın yordayıcısı olarak benlik saygısı ve sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 2008.
10. Özmen, A (2006) Öfkeyle başa çıkma eğitiminin ve etkilerinin uygulamasının içe yönelik öfke üzerindeki etkisi. C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi;30: 175-185.
11. Türk Psikoloji Bülteni (1999) "Öfke:O sizi kontrol edeceğine siz onu kontrol edin";3: 79-85.
12. Kökdemir, H (2004) "Öfke ve öfke kontrolü." Pivalko; 3: 7-10.
13. Özer,K (1994) "Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçekleri ön çalışması." Türk Psikoloji Dergisi; 9:26-35.
14. Spielberger, CD, Jacobs, G, Dussel, S and Crane, RS Assessment of Anger: The State-Trait Anger Scale. In NJ Butcher and, Spielberger CD, (Eds.), Advances in Personality Assessment. Hillsdale: NJ: Lea. 1983: pp. 159-188.
15. Sosyal, A (2009) İş yaşamında stres. Çimento İşveren;Mayıs:17-40.
16. Saldamlı, A (2000) "Otel işletmelerinde stres kaynakları ve çalışanlar üzerindeki etkileri: beş yıldızlı otellerde bir uygulama." Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Dergisi; 6:288-303.
17. Akova ,O ve Işık ,K (2008) "Otel işletmelerinde stres yönetimi: İstanbul'daki beş yıldızlı otel işletmelerinde bir araştırma." Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi;15: 17-44.
18. Modi ,D and Thingujam, NS (2007) "Role of anger and irrational thinking on minor physical health problems among marries couples." Journal of The Indian Academy of Applied Psychology;13: 119-128.
19. Suchday, S and Larkin, KT (2001) "Biobehavioral responses to interpersonal conflict during anger expression among anger-in and anger-out men." Ann Behav Med ; 23: 282-90.
20. Eser ,DT, Liman, T ve Bilge, A (2012) "Kronik hastalığı olan ergenlerin öfke ifade biçimleri." Psikiyatri Hemşireliği Dergisi; 3:116-120.
21. Van Kleef ,GA and Côté, S (2007) "Expressing anger in conflict: when it helps and when it hurts" J Appl Psychol;92: 1557-1569.
22. Tuthill, D (2002) "Anger management in healthcare." J Health Prot Manage;18:55-60.
23. Bilge, A ve Keskin, G "Psikodrama ile zenginleştirilmiş öfke kontrolü eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi." II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 4-7 Ekim 2012 Erzurum.Kongre kitabı, s:142

Etkileşimci ve Dönüşümcü Liderlik Tarzlarının İşten Ayrılma Niyeti ve İş Performansı Üzerinde Etkisi

The Impact of Transactional Leadership and Transformational Leadership Styles on Intent to Leave and Job Performance.

Ferda ALPER AY¹, Koray KELEŞ²

ÖZET

Günümüzde örgütlerin rekabet edebilmeleri ve başarı elde edebilmeleri için etkin ve başarılı liderlere ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle sağlık personelinin işyerinde etkin ve verimli çalışması gerektiği düşünüldüğünde, sağlık yöneticilerinin liderlik tarzları işten ayrılma niyeti ve iş performansına nasıl etki yaptığı araştırmanın önemini ortaya çıkarmaktadır. Bu çalışmanın amacı, sağlık yöneticilerinin (yönetim görevi olan çalışanların) etkileşimci ve dönüşümcü liderlik tarzları ile iş performansı ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkileri belirleyebilmektir.

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde tüm yönetim kademelerinde çalışan yöneticiler (alt kademe, orta kademe, üst kademe) araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. 139 sağlık yöneticisi arasından 122 kişiye anket yöntemi kullanılarak veriler elde edilmiştir. Veriler SPSS 22.0 programı ile korelasyon ve regresyona analizi ile değerlendirilmiştir. Araştırma bulgularına göre dönüşümcü liderlik ile işten ayrılma niyeti arasında negatif yönlü ilişki belirlenmiştir. İlave olarak dönüşümcü liderlik iş performansını olumlu yönde etkilemektedir. Çalışma doğrultusunda dönüşümcü liderliğin işten ayrılma niyetini azalttığı ve iş performansını artırdığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Etkileşimci Liderlik, Dönüşümcü Liderlik, İş Performansı, İşten Ayrılma Niyeti.

ABSTRACT

Today, effective and successful leaders are needed for organizations to compete and achieve success. Especially when it is thought that health personnel should work effectively and efficiently in the workplace, health managers' leadership styles reveal the importance of researching intention to leave work and how it affects job performance. The aim of this study is to determine the relationship between of healthcare managers (employees who are management employees), transactional and transformational leadership styles, and the relationship between intention to leave work and job performance.

Cumhuriyet University Health Services Application and Research Hospital the managers working at all levels of management, (lower level, middle level, upper level) constitute the universe of research. Data were collected by using questionnaire method, 122 from 139 health managers. Data were analyzed by correlation and regression analysis with SPSS 22.0 program. According to research findings, there is a negative relationship between transformational leadership with the intention to leave. In addition, the transformational leader affects job performance positively. As a result of the study, it was found that the transformationist leadership reduced the intention to leave the work and increased the job performance.

Keywords: Transactional Leadership, Transformational Leadership, Job performance, Turnover Intention.

* Bu çalışma Yüksek lisans tezinden üretilmiştir ve 13-15 Ekim 2017 tarihlerinde 1.Uluslararası 11. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

¹Yrd. Doç. Dr. Ferda ALPER AY, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Koray KELEŞ, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi.

GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde örgütlerin rekabet edebilmeleri ve başarı elde edebilmeleri için etkin ve başarılı liderlere ihtiyaç duyulduğu bilinen bir gerçektir. Klasik liderlik bilgilerinin önemli bir bölümü, günümüzde eleştirilmektedir. Çünkü hem lider, hem de takipçilerin nitelikleri, çevreleri ve imkanları başkalaşmıştır.¹ Özellikle günümüzde otorite, güç ve emir verme ile başarı yakalanamaz olmuştur. Liderlerin astlarını etkilemesi ve belirlenen amaçlar doğrultusunda harekete geçirmesi ancak astlarıyla etkileşimle mümkün olmaktadır. Bu nedenle etkileşimci ve dönüşümcü liderlik önem kazanmıştır.²

Liderlikle ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında son 30 yılda birçok tanım ve yaklaşımların ortaya çıktığı görülmektedir.³ Ancak son yıllarda araştırmacılar tarafından değişik bakış açıları ve diğer liderlik türlerine nazaran biraz daha farklı liderlik modelleri olarak etkileşimci ve dönüşümcü liderlik davranışı giderek ön plana çıkmaya başlamıştır. Günümüzün yoğun rekabet koşullarında örgütler açısından en önemli başarı faktörlerinden biri çalışanların performanslarıdır. Çalışanların memnuniyeti ve yönetilme şekilleri ne kadar iyi olursa, örgütün başarısı da o denli iyi olacaktır. Örgüte bağlılık gösteren çalışanlar, çalıştıkları örgüt için yüksek performans sergileyerek kaliteli ürün ve/veya hizmet üretilmesine katkıda bulunacaklardır.⁴

İşletmelerin başarısı ancak çalışanların gösterdikleri performans ve işe karşı olan olumlu tutumlarına bağlıdır. Bu nedenle işletmeler çalışanların performanslarını arttırmak adına çeşitli stratejiler benimsemektedirler. Çalışanların performanslarında etkili olan en önemli faktör ise yöneticilerin tutum ve davranışlarıdır. Yöneticilerin sergilemiş oldukları tutum ve davranışlar çalışanların performansları ve işletmenin geleceği açısından önemli olmaktadır.⁵ İyi bir lider çalışanları üzerinde olumlu etkiler yaratırken, kötü bir lider çalışanların performanslarını düşürerek işten ayrılma niyetlerini arttırabilir.⁶

Bu çalışmada, liderlerin gösterdiği etkileşimci ve dönüşümcü liderlik tarzları ile iş performansı ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Özellikle sağlık personelinin işyerinde etkin ve verimli çalışması gerektiği düşünüldüğünde, sağlık yöneticilerinin liderlik tarzları işten ayrılma niyetine ve iş performansına nasıl etki yaptığı araştırmanın önemini ortaya çıkarmaktadır. Araştırmada öncelikle etkileşimci ve dönüşümcü liderlik, işten ayrılma niyeti ve iş performansı konularında bilgiler verilecek, daha sonra bu konularla ilgili yapılan araştırma bulguları ve sonuçlarına yer verilecektir.

Etkileşimci ve Dönüşümcü Liderlik

1978 yılında James McGregor Burns, "Liderlik" adlı çalışmasında dönüşümcü ve etkileşimci liderlik modelini öne sürmüştür. Burns dönüşümcü liderin örgütün amacına hizmet etmesi gerektiğini vurgulamış ve bu iki liderliği iki ayrı uç olarak ifade etmiştir. Ona göre lider ya etkileşimci olmayı ya da dönüşümcü olmayı tercih edecektir.⁷

Lider ile grup üyeleri arasındaki koşullu ödül ve takas ilişkisi temeline dayanan etkileşimci liderlik, işgörenlerden istediği performansı ve bu performansı gerçekleştirme durumunda işgörenin neler elde edebileceğini açıklar.⁸ Etkileşimci liderlik modelini benimseyen ve uygulayan yöneticiler yetkilerini örgüt üyelerini ödüllendirmeyi, daha fazla gayret harcamaları adına statü ya da maddi ödüllendirme şeklinde kullanırlar. Bu liderlik türünde işgörenler yetkileri, liderin onlardan bekledikleri, işgörenlerin yapmak zorunda oldukları işler, lidere bağlılık ve yapılacak işler karşılığında verilecek ödüller net bir ifadeyle belirlenir. Lider ve takipçileriyle değişime dayalı bir sistem vardır.⁹ Etkileşimci liderler, örgüt kültürünü değiştirmeden bu faaliyetleri geçmiş ve geleceği ön planda tutarak devam ettirir. Örgütün geçmişten günümüze kadar devam eden doğal seyrine önem verir.¹⁰ Etkileşimci lider, tipik bir "iyi yönetici" algısı vermektedir. İşler yolunda gittiği sürece geri planda kalarak herhangi bir

müdahalede bulunmaz. Sorumluluk almaktan ve karar vermekten uzak durmaya çalışırlar. Standartların ve kuralların uygulanması hususunda çok hassas davranır ve aykırı davrananlara ceza verirler.¹¹

Bass, etkileşimli liderliği koşullu ödüllendirme, aktif ve pasif istisna ile yönetim ve tam serbesti tanıyan liderlik olarak adlandırarak üç boyutta incelemiştir.¹² Koşullu ödüllendirme boyutunda lider, hedeflenen sonuçlara ulaşmak ve gayret göstermeleri için motivasyon aracı olarak takipçilerin para ya da mevkilendirme gibi ödülleri vaat etme yöntemini uygular.⁹ İkinci boyut olan aktif-pasif istisnalarla yönetim boyutunda liderler, işler kötüye gitmeye başladığında olaya müdahale etmektedirler. Liderler, işin başında önce standartları belirlerler, bir sorun ya da problem oluşmadan müdahalede bulunmazlar.¹³ İstisnalarla yönetim boyutunda, standart yöntemlerden sapılmış ve düzensizlikler başlamışsa istisnalarla yönetimin aktif kısmı faaliyete geçmektedir. Buna karşın sapmalar ve düzensizlikler ortaya çıktıktan sonra istisnanın pasif kısmı faaliyete geçer. Aralarındaki fark ise istisnanın aktif tarafında duran lider sapma olup olmadığını araştırırken, istisnanın pasif tarafındaki lider sorunların harekete geçmesini bekler.⁹

Üçüncü boyut olan tam serbestlik tanıyan yönetim boyutunda liderler çalışanlarını hiçbir konuda bilgilendirmezler, yönlendirmezler. İzleyicilerinin performansını gözlemlerler, sonuçları üzerinde odaklanmazlar. Problemler ortaya çıktığında harekete geçmezler veya önlem almazlar. Özellikle kendi kendini yönetebilen örgüt yapılarının olması ve astların karar verme mekanizmalarının bulunması, bu yaklaşımı geçerli kılmaktadır.¹³

Diğer bir liderlik tarzı olan dönüşümcü liderlik kavramı İngilizcede “transformational leadership” şeklinde ifade edilmektedir. Dönüşümcü liderlik, yazarlar tarafından “vizyoner liderlik”, “karizmatik liderlik” ve “yeni liderlik” gibi farklı şekillerde kavramlaştırılmıştır.¹⁴

Dönüşümcü liderlik Bennis’e göre (1985), vizyonu faaliyete geçirmek adına takipçileri güçlendirme, yetki verme ve verdiği bu yetkiyi, gücü eylem birliğine çevirme becerisidir. Dönüşümcü liderliğin unsurları; iletişim, vizyon, bağlılık, kararlılık, yetkilendirme, yoğunlaşma, örgütsel öğrenme, güç sağlama imkanları sağlamadır.¹⁵ Tichy ve Devana (1986) dönüşümcü liderliğin, belirsizlik ve karmaşıklıkla başa çıkma becerisine hakim, değişimi temsil eden bir birey olarak, kendileriyle özdeşleşen, ileri görüşlü liderlerle hayata geçirileceğini ifade etmişlerdir.¹⁶

Dönüşümcü liderlikte liderler beklentileri netleştirerek, ihtiyaçların nasıl karşılanacağını açıklayarak, kriterleri belirleyerek, dönüt ve ödüller vererek takipçilerine katkıda bulunabilirler.¹⁷ Rekabetin ciddi anlamda arttığı çevrelerde dönüşümcü liderlik modeli büyük önem taşımaktadır. Genellikle gelecekle ilgili planları dönüşümcü liderler yapar. Değişime ve gelişime açıktırlar. Bu tarz liderler takipçilerine esin kaynağı olmakta, takipçilerinin davranış şekline etki etmekte ve motivasyon seviyelerinin bir üst düzeye çıkmasını sağlamaktadır.¹⁷ Dönüşümcü liderlikte, işgörenlere bir amaç kazandırmak ve bir değişimin, yeniliğin olması gerektiğini inandırmasını sağlamak ve bu durumun ilham kaynağı olmasını sağlamak önemlidir. Böylece takipçilerin çabaları, çalışma arzuları artırılarak, kendilerine ait düşüncelerin ve çalışmaların gün yüzüne çıkması sağlanmaktadır.¹⁸

Dönüşümcü lider izleyicinin yönelimlerini, gereksinimlerini, isteğini anlar ve bu gereksinimlerini çalışanını motive etmek amacıyla kullanır. Gündelik örgütsel faaliyetlerin dışında entelektüel uyarım, telkinle güdüleme, idealleştirilmiş etki ve bireysel destek sağlama gibi özellikleri bir bütün olarak kendisinde barındırır.¹⁹ Dönüşümcü lider, adaleti ve hakkaniyeti ön planda tutan bir davranış sergileyerek her bir çalışanın ihtiyaçlarına göre farklı bir bireysel ilgi oluşturur. Sonuç olarak; liderin bu tutum ve davranışları sebebiyle işgörenlerde kendilerini özel, motive olmuş ve teşvik edilmiş hissi uyandırır. Bu da çalışanların

başarılı olmasına katkıda bulunacağı bir etki ortaya koyar.^{20,9} Ayrıca dönüşümcü liderler; ortak vizyon yaratma, etkili iletişim becerisi, motivasyon ve ilham verme becerisi, destekleyici örgüt kültürü geliştirme, güçlendirme, değişim temsilcileri ve yaratıcılık, olumlu kişilik özellikleri sergileme gibi özellikler sergiler.²¹ Dönüşümcü liderler, telkin edicilik, karizma, entelektüel teşvik ya da bireysel ilgi aracılığıyla takipçisini kişisel çıkarların ötesine taşımaktadır. Bu, takipçisinin başarı kaygısını, özyeterliliğini, toplumun ve diğerlerinin refahını artırdığı kadar takipçisinin olgunluk seviyesini de artırır.¹² Burnss'un tanımlayıp hayatımıza kattığı etkileşimci ve dönüşümcü liderlik kavramından sonra, bu hususta Burns'tan sonra en çok Bass ve Avolio çalışarak, dönüşümcü liderliği 4 şekilde boyutlandırmıştır. Bunlar, karizma, ilham verme, bireysel ilgi ve entelektüel teşviktir.^{22,8}

Karizma, dönüşümcü liderlik kavramının en önemli unsurudur. Dönüşümcü liderin, astlarına onur, güven ve saygı aşılmasını ifade eden boyutudur. Lider ile takipçileri arasındaki yoğun duygusal bağın oluşumunu sağlar.⁷ Liderler karizmatik yapılarıyla izleyicilerini daha çabuk etkilerler. Bu liderler saygı duyulan ve takip edilen liderlerdir.²³ Karizma sahibi olan lider, izleyenlerin fikirlerini canlandırmakta ve onlara ilham vermektedir.²⁴ Dönüşümcü lider çalışanlarına bireysel ilgi gösterir. Buradaki asıl hedef çalışanların kendilerini geliştirmelerini teşvik ederek gelecek konusunda vizyon oluşmasına öncülük eder.²⁵ Telkin etme (ilham verme), izleyenlere ilham vermek örgüte olan aidiyet duygusunu oluşturmak için motivasyonla beraber beklentilerin ifade edildiği, aynı zamanda paylaşılan vizyonun bir parçası olan bir liderlik boyutu olarak tanımlanır.²⁶ Entelektüel uyarım(teşvik), izleyicilerin, katkılarını ve yaratıcılıklarını sergilemelerine destek olan dinamik bir süreçtir.²³ Çift yönlü entellektüel uyarım sayesinde lider, çalışanlarını bir taraftan teşvik ederken bir taraftan da çalışanların yeni düşüncelerinden yararlanmaktadır.²¹

İşten Ayrılma Niyeti ve İş Performansı Kavramları

İşten ayrılma niyeti genel olarak çalışanın mevcut örgütünden bilinçli ve kasıtlı olarak ayrılmayı istemesini kapsar. Çalışanların örgütten ayrılmak istemelerindeki nedenler gönüllü ya da gönülsüz etmenlerden kaynaklanabilmektedir. İşten ayrılma niyeti, çalışanların iş tatmini ve moral düzeyleriyle doğrudan ilişkilidir.²⁷ İşten ayrılma niyeti işi bırakmanın en önemli habercisi olduğundan yapılan araştırmalar işten ayrılma niyetini "gerçek personel devrinin öncülü" şeklinde kabul edilmektedir. Birçok örgüt, personelin yüksek devir oranının maliyetinden dolayı kendi arzusuyla örgütten ayrılan çalışan sayısını azaltmaya çalışmaktadır.²⁸

İşten ayrılma, önemli olduğu kadar riskli de bir kavramdır. Bu riskler iş hayatında maddi ve manevi birtakım kayıplara neden olmaktadır. İşten ayrılma niyetini dile getirmede belirli bir maliyet olmadığından işten ayrılmayı dile getirmekten daha kolaydır. Düşük seviyeli iş tatmini ve alternatif iş fırsatları gibi durumlar bazı zamanlar çalışanların işlerinden ayrılmalarına neden olabilmektedir. Fakat bunun yanı sıra çeşitli olumsuzluklara rağmen çalışmaya devam da edebilirler. Üstelik çalışanların birçoğu işten ayrılma niyetine sahip olsa bile bunu fiili olarak davranışa geçirememektedirler.²⁹

İşten ayrılma niyetinde olan çalışan, verimli ve etkin çalışma yapamayarak iş tanımlarını istenilen şekilde yerine getiremeyecektir.³⁰ Genel olarak işten ayrılma niyetinin olumsuz etkileri işletmeye maliyeti, sürecin sekteye uğraması ve diğer çalışanların moralinin bozulmasıdır.³¹ Örgütler, işten ayrılan işgörenlerinin maliyetlerinden kurtulmak için, mevcut çalışanlarının ellerinde tutmaya ve doğru adayı seçmeye çalışmaktadırlar. Bunun için işgörenlerine örgüt içerisinde terfi olanağı, yurtdışında kariyer yapma fırsatları vererek, birçok alternatif sağlamaktadırlar.³²

Örgütlerde en önemli sorunlardan birisi de çalışanlara verilen sorumlulukların ne ölçüde yerine getirildiğinin saptanmasıdır. Örgütler

belli amaçlar doğrultusunda iş yaparlar ve başarılı olmak isterler. Bununla beraber örgüt başarısında çalışan performansı önem kazanmaktadır. Yüksek çalışan performansı başarıyı getirecektir.³³ İş performansı, çalışanın verilen işi yapmak için gösterdiği bütün çabaları doğrultusunda ortaya koyduğu başarı seviyesidir. Çalışan iş hedefine ulaştığında ödüllendirilirse iş tatmin seviyesi artar ve daha sonra çalışana verilecek işlerde göstereceği çabayı ve başarı seviyesini etkiler.³⁴ İşgörenlerin performanslarını belirleyen üç unsurdan bahsedebiliriz. Bunlar çalışanın bilgi ve yeteneğine dayalı olgunluk, işine adapte olmasını ifade eden odaklanma ve organizasyonun hedefleri ile işgörenlerin amaçlarının düzenini ifade eden adanmadır.³⁵

İş performansı, “görev performansı” ve “bağlamsal performans” olarak iki boyutta ele alınmaktadır. Görev performansı boyutu, çalışanların belirlenmiş bir görevi ne kadar iyi yaparak tamamladığını ifade eder.³⁶ Görev performansında, çalışanların üstlendikleri görevleri başarabilme performansları ön plana çıkmaktadır. Çalışanların liderleri tarafından verilen görevleri ne şekilde gerçekleştirebildikleri performansları ile ilişkilidir.³⁷ Bağlamsal performans boyutu ise “görevin dışındaki gönüllü katılım, ortak çalışma, kurallara ve prosedürlere uyma, örgütün amaçlarını benimseme gibi davranışlara sahip olma”yı ifade etmektedir.³⁶ Bağlamsal performans çalışanın görev tanımları içinde yer almamakla beraber bu görevlerin yerine getirilmesi sürecini daha kolay hale getirmek amacıyla görev performansına destek veren ve bunların ortaya çıkarılmasında bireysel nitelikleri ile iyi niyetin etkili şekilde anlaşıldığı davranışlar kalıpları olarak görülmektedir.³⁸

Etkileşimci ve Dönüşümcü Liderlik, İş Performansı ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişkiler

İşletmelerin başarısı ancak çalışanların gösterdikleri performans ve işe karşı olan olumlu tutumlarına bağlıdır. Bu nedenle işletmeler çalışanların performanslarını arttırmak adına çeşitli stratejiler benimsemektedirler. Çalışanların performanslarında etkili olan en önemli faktör

ise yöneticilerin tutum ve davranışlarıdır. Yöneticilerin sergilemiş oldukları tutum ve davranışlar çalışanların performansları ve işletmenin geleceği açısından önemli olmaktadır.⁵ İyi bir lider çalışanları üzerinde olumlu etkiler yaratırken, kötü bir lider çalışanların performanslarını düşürerek işten ayrılma niyetlerini arttırabilir.⁶

Araştırmalara göre etkileşimci ve dönüşümcü liderlik özelliği taşıyan yöneticilerin çalışanların performanslarını olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir. Çekmecelioglu (2014) çalışmasında dönüşümcü liderlerin işgörenlerini adalet ve eşitlik gibi yüksek motivasyon düzeylerine ulaşmalarını sağlayarak onların performanslarını arttırdığını saptamıştır.³⁹ Griffith, araştırmasında dönüşümcü liderliğin, iş doyumunu aracılığıyla okul personelinin işten ayrılma niyeti üzerinde (negatif) dolaylı bir etki gösterdiğini saptamıştır.⁴⁰

Eren ve Titizoğlu, dönüşümcü liderlerin gösterdiği tutum ve davranışlar nedeniyle, işgörenler de kendilerini özel, motive olmuş ve teşvik edilmiş hissi uyandırdığını ve bu durumun performansı olumlu yönde etkilediğini tespit etmişlerdir.⁹ Vigoda-Gadot çalışmalarında modern liderlik tarzını benimseyen yöneticilerin otorite ya da güç durumundan ziyade ikna etme tekniklerini kullanarak insanları belirli amaçları gerçekleştirmek yönünde etkileme sürecinde başarılı olduklarını belirterek, bu durumun çalışanların iş performansları üzerinde olumlu etkiler yarattığı saptanmıştır.² Buradan hareketle bu çalışmada, liderlerin gösterdiği etkileşimci ve dönüşümcü liderlik tarzlarının iş performansını ve işten ayrılma niyetini nasıl etkilediği ve bu değişkenler arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Buna göre araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

- H₁: Dönüşümcü liderlik işten ayrılma niyeti üzerinde negatif bir etkiye sahiptir.
- H₂: Etkileşimci liderlik işten ayrılma niyeti üzerinde negatif bir etkiye sahiptir.
- H₃: Dönüşümcü liderlik iş performansı üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir.
- H₄: Etkileşimci liderlik iş performansı üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir.

MATERYAL VE METOT

Amaç ve Katkı

Bu çalışmanın amacı, etkileşimci ve dönüşümcü liderliğin iş performansı ve işten ayrılma niyeti algısı üzerindeki etkisinin belirleyebilmektir. Bu çalışma ile işletmelere ve sağlık kurumlarına bu konuda bilgi sunulması ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde tüm yönetim kademelerinde çalışan yöneticiler (alt kademe, orta kademe, üst kademe) oluşturmaktadır. 2016 yılı Nisan, Mayıs ve Haziran ayı mevcut yönetici pozisyonundaki çalışan (başhekim ve yardımcısı, başhemşire ve yardımcısı, başmüdür ve yardımcısı, diğer yöneticilik görevi olanların) 139 yöneticiden 122 yöneticiye anket uygulanmıştır. Bu oran evrenin %88'ini oluşturmaktadır. Aşağıda tablo 1'de araştırmanın evreni ve örnekleme ilişkin sayılar gösterilmiştir.

Tablo 1. Evren ve Örneklem

Yöneticiler	Evren	Örneklem
Başhekim ve Yardımcısı	5	5
Başhemşire ve Yardımcısı	5	4
Doktor (Mevcut Bölüm Başkanı Sayısı)	41	35
Başmüdür ve Yrd.	9	8
İdari personel (Sorumlu ve Müdürler)	14	10
Sorumlu Hemşire sayısı	59	56
Kalite Direktörü	2	2
Şirket Müdürü	4	2

Veri Toplama, Analiz Yöntemi ve Ölçekler

Araştırma, tanımlayıcı tipte araştırma özelliğindedir. Çalışmada sosyo-demografik özelliklerle ilgili 7 soru sorulmuştur. Ayrıca çalışmada Bass tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerliliği Demir ve Okan tarafından yapılan çok faktörlü liderlik ölçeği (22 madde); Bluedorn ve Netemeyer ve ark. tarafından geliştirilen tek boyuttan oluşan işten ayrılma niyeti ölçeği; önce Kirkman ve Rosen, daha sonra ise, Sigler ve Pearson tarafından kullanılan iş performansı ölçeği (4 madde) kullanılmıştır^{41,23,42-45}. Anketler uygulanmadan önce Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden (21.04.2016 tarihli, 93596471/1801 sayılı) ve "Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik araştırmalar Etik Kurulu"ndan izin alınmıştır.

SPSS programı ile araştırma verileri değerlendirilmiştir. Katılımcıların verdikleri cevapların demografik özelliklere göre değişip değişmediğini test etmek amacıyla iki değişkenlerde bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla değişkenlerde ise f (Anova) testi uygulanmış ve anlamlı farklılığın nedeni (Post hoc testi) Tukey testi ile incelenmiştir. Ayrıca korelasyon ve çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 2. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Yaş	Sayı	%	Eğitim Durumu	Sayı	%
18-27	6	4,9	Lise ve Ön Lisans	8	6,6
28-37	32	26,2	Lisans	59	48,4
38-47	54	44,3	Yüksek Lisans	28	23,0
48-ve üzeri	30	24,6	Doktora	27	22,2
Cinsiyet			Medeni Durum		
Kadın	77	63,1	Evli	102	83,6
Erkek	45	36,9	Bekar	20	16,4
Deneyim			İstihdam Şekli		
1-5 yıl	6	4,9	Kadrolu	115	94,3
6-10 yıl	15	12,3	Diğer	7	5,7
11-15 yıl	26	21,3			
16-20 yıl	35	28,7			
21 yıl ve üzeri	40	32,8			
Unvan					
Başhekim Yrd.	5	4,1			
Başhemşire Yrd.	4	3,3			
Müdür ve Yrd.	8	6,6			
İdari Personel	10	8,2			
Doktor	35	28,7			
Hemşire	56	45,9			
Diğer(Yrd.Sağ.El)	4	3,3			
Toplam	122	100			

Çalışmada hastanedeki yöneticilerin %63,1'i kadın, %44,3 ile 38-47 yaş arasında olduğu, %83,6'sı evli, %48,4'nün lisans mezunu, %32,8'inin 21 yıl ve üzerinde

deneyime sahip olduğu, %45,9'unun hemşire yöneticiler olduğu ve %94,3'ünün kadrolu çalışanlar olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Sosyo-Demografik Özellikler ile Liderlik Tarzları, İşten Ayrılma Niyeti ve İş Performansı Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulgular

	Yaş	Cinsiyet	Eğitim Düzeyi	Medeni Durum	Deneyim	Unvan	İstihdam Şekli
Etkileşimci Liderlik		*					
Dönüşümcü Liderlik	*						
İş Performansı	*		*		*	:	*
İşten Ayrılma Niyeti					*		

Sosyo-demografik özellikler ile değişkenler (liderlik tarzları, iş performansı ve işten ayrılma niyeti) arasında anlamlı farklılık olup olmadığı, bağımsız örneklem t-testi ve anova testi ile analiz edilmiştir (Tablo 3). Buna göre, cinsiyete göre etkileşimci liderlik açısından, kadınların etkileşimci liderlik algılarının erkeklerden daha düşük olduğu saptanmıştır (P<0,05). Diğer bir ifadeyle kadın yöneticilerin

dönüşümcü liderlik algıları daha yüksek bulunmuştur.

Dönüşümcü liderlik açısından; yaşa göre, en yüksek dönüşümcü liderlik algısı 48-57 yaş arasındaki yöneticilerde diğer yaş kategorilerine göre istatistiki olarak daha fazla olduğu saptanmıştır (P<0,05).

İş performansı açısından 18-27 yaş grubunun iş performansı diğer yaş

gruplarına göre daha düşük olduğu; eğitim durumuna göre lise ve önlisans grubunun iş performansı algısı diğer gruplara göre daha düşük olduğu; deneyimlerine göre 1-5 yıllık deneyime sahip olanların iş performansı algısının diğer gruplara göre istatistiki olarak daha düşük olduğu; unvanlarına göre doktorların iş performansı algısı, idari personele göre istatistiki olarak oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca istihdam şekline göre kadrolu olarak çalışanların iş performansı algılarının diğer (sözleşmeli ve şirket) personele göre istatistiki olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($P<0,05$).

İşten ayrılma niyeti açısından; deneyime göre 16-20 yıl arası çalışan yöneticilerin işten ayrılma niyetleri algıları diğer gruplara göre istatistiki olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($P<0,05$).

Buna göre değişkenler arasında en fazla farklılık yaşı genç olanların, eğitim düzeyi düşük olanların ve deneyimi az olanların iş performansı algısı düşüken, doktorların ve kadrolu olanların iş performansı algısı daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 4: Dönüşümcü Liderlik, Etkileşimci Liderlik, İşten Ayrılma Niyeti ve İş Performansı Arasındaki İlişkiler

Değişkenler	Ort.	ss.	1	2	3	4
Dönüşümcü liderlik	4,38	0,39	(0,768)			
Etkileşimci liderlik	3,26	0,41	0,261**	(0,642)		
İşten ayrılma niyeti	4,29	0,79	-,366**	-0,161	(0,799)	
İş performansı	1,90	0,96	0,208*	0,137	-0,304**	(0,878)

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). Parantez içindeki değerler Cronbach Alpha güvenilirlik değerlerine göstermektedir.

Değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır (Tablo 4). Dönüşümcü liderlik ve işten ayrılma niyeti arasında ($r=-0,366$) anlamlı ve negatif korelasyon bulunmuştur. Dönüşümcü liderlik ile iş performansı arasında ($r=0,208$) pozitif ve anlamlı korelasyon bulunmuştur. İşten ayrılma niyeti ile iş performansı arasında ($r=-0,304$) negatif ve anlamlı korelasyon bulunmuştur. Etkileşimci liderlikle işten ayrılma niyeti ile iş performansı arasındaki korelasyonların anlamlı olmadığı görülmektedir. Buna göre dönüşümcü liderliğin artması işten ayrılma niyetinin azalmasına ve iş performansı

algısının artmasına neden olabilmektedir. Ayrıca iş performansının artması işten ayrılma niyetinin azalmasına neden olabilmektedir.

Tablo 4’de, katılımcıların liderlik tarzları, iş performansı ve işten ayrılma niyeti düzeylerine ilişkin ortalamalar incelendiğinde sırasıyla, dönüşümcü liderlik (4,8), etkileşimci liderlik (3,26), iş performansı (4,29) ve işten ayrılma niyeti (1,90) olarak saptanmıştır. Buna göre katılımcıların dönüşümcü liderlik ve iş performansı düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 5: Dönüşümcü ve Etkileşimci Liderliğin İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişken	Modelin özeti		ANOVA		Regresyon katsayıları			Hipotez Sonuç	
		R	R ²	F	P	Beta	T	P		
Dönüşümcü Liderlik	İşten ayrılma niyeti	0,373	0,139	0,588	0,000	-,348	-3,948	0,000	H1	Kabul
Etkileşimci Liderlik						-0,070	-0,798	0,426	H2	Red

Tablo 5’den izleneceği gibi, liderlik tarzları ile işten ayrılma niyeti arasında

kurulan çoklu regresyon modeli önemli bulunmuştur ($F=9,588$, $P=0.00$). Bu model,

işten ayrılma niyeti değişkenindeki değişimin %14'ünü ($R^2=0.139$) açıklamaktadır. Dönüşümcü liderlik işten ayrılma niyetini etkilemektedir ve bu iki değişken arasında anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmaktadır ($\beta=-0,348$, $t=-3,948$,

$P=0.01$). Buna göre dönüşümcü liderliğin işten ayrılma niyeti üzerinde negatif bir etkisi vardır. Etkileşimci liderliğin işten ayrılma niyeti üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Dolayısıyla H1 hipotezi kabul edilirken, H2 hipotezi reddedilmektedir.

Tablo 6: Dönüşümcü ve Etkileşimci Liderliğin İş Performansı Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişken	Modelin özeti		ANOVA		Regresyon katsayıları			Hipotez	Sonuçlar
		R	R ²	F	P	Beta	t	P		
Dönüşümcü Liderlik	İş Performansı	0,225	0,051	3,183	0,045	0,185	0,001	0,048	3	Kabul
Etkileşimci Liderlik						0,089	0,961	0,338	4	Red

Tablo 6'dan izleneceği gibi, liderlik tarzları ile iş performansı arasında kurulan çoklu regresyon modeli önemli bulunmuştur ($F= 3,183$, $P=0.045$). Bu model, iş performansı değişkenindeki değişimin %5'ini ($R^2=0.051$) açıklamaktadır. Dönüşümcü liderlik iş performansını etkilemektedir ve bu iki değişken arasında

anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmaktadır ($\beta=-0,185$, $t=2,001$, $P=0.048$). Buna göre dönüşümcü liderliğin iş performansı üzerinde pozitif bir etkisi vardır. Etkileşimci liderliğin iş performansı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Dolayısıyla H3 hipotezi kabul edilirken, H4 hipotezi reddedilmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, ülke ekonomilerinde önemli bir konuma sahip olan sağlık sektörünün önemli unsurları içerisinde yer alan, sağlık kurumlarında faaliyet gösteren yöneticilerin sosyo-demografik özelliklerine göre liderlik özellikleri ve bu özelliklerinin işten ayrılma niyeti ve iş performansına etkisi incelenmiştir. Buna göre bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir

Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan yöneticilerin büyük oranla dönüşümcü liderlik özelliklerine sahip olduğu, işten ayrılma niyetlerinin düşük olduğu, iş performansı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

48-57 yaş arası yöneticilerin ve kadın yöneticilerin dönüşümcü liderlik düzeyinin yüksek olduğu, 16-20 yıl üzeri çalışan yöneticilerin en düşük işten ayrılma niyetine sahip olduğu, 18-27 yaş grubu ile lise ve ön lisans mezunlarının ve 1 ile 5 yıl hastane

çalışanların iş performansının daha düşük algılandığı, doktor yöneticilerin ve kadrolu çalışanların iş performansı algılarının en yüksek olduğu saptanmıştır.

Korelasyon analizi sonuçlarına göre, yöneticilerin iş performansı arttıkça işten ayrılma niyetlerinin de azaldığı görülmektedir. Ayrıca çağdaş liderlik modellerinden olan etkileşimci ve dönüşümcü liderlik algıları arttıkça işten ayrılma niyetleri azalmaktadır. Etkileşimci ve dönüşümcü liderliğe bağlı olarak çalışan yöneticilerin işten iş performanslarının arttığı saptanmıştır. Ancak dönüşümcü liderliğin etkileşimci liderliğe oranla performansı daha fazla arttırdığı belirlenmiştir.

Regresyon analizi sonucunda, dönüşümcü liderlik işten ayrılma niyetine negatif etkisi saptanmış iken etkileşimci liderliğin işten ayrılma niyeti üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Buna göre

dönüşümcü liderlik algısı yüksek olan yöneticilerde işten ayrılma niyeti düşmektedir. Etkileşimci liderliğin ise işten ayrılma niyeti üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.

Diğer bir sonuç olarak, dönüşümcü liderliğin iş performansı üzerinde pozitif bir etkisi olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle dönüşümcü liderlik algısı yüksek olan yöneticilerin iş performansı da yüksektir. Etkileşimci liderliğin ise iş performansı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.

Bu sonuçlara benzer olarak Yılmaz ve Karahan'ın yapmış olduğu araştırmada vizyoner liderlik davranışının işletmelerde performansı artıran en önemli etken olduğu tespit edilmiştir⁴⁶. Uysal vd., liderlerin yenilikçi ve işbirlikçi yaklaşımlarının

çalışanların performans algısı üzerinde etkili olduğunu saptamıştır.⁴⁷ Çalışanların örgüt kararlarına katılmaları ve örgütün geleceğinde rol oynadıkları hissetmeleri örgüte olan tutumlarını olumlu yönde etkilemekte ve işten ayrılma niyetlerini azaltmaktadır. Özdevecioğlu ve Kanigür, ilişki ve göreve yönelik liderlik tarzlarının iş performansı üzerinde pozitif etkiye sahip olduğunu saptamıştır.⁴⁸

Sonuç olarak yöneticilerin dönüşümcü liderlik tarzını seçmeleri iş performansını artırırken işten ayrılma niyetini azaltmaktadır. Örgüt verimliliğini ve çalışan performansını arttırmak için ve çalışanların işten ayrılma niyetlerini önlemek için dönüşümcü liderlik tarzının seçilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Akad, İ., Budak, G., Budak, G.(2002). İşletme Yönetimi. *Barış Yayınları İzmir*.
2. Vigoda-Gadot, E. (2006). Leadership style, organizational politics, and employees' performance: An empirical examination of two competing models. *Personnel Review*, 36(5), 661-683.
3. Ertürk, A., ve Dönmez, E. (2017). Ruhsal Liderlik ve Eğitimdeki Yansımaları, II. Uluslararası Felsefe Eğitim Sanat ve Bilim Tarihi Sempozyumu, 11-19.
4. Seyhan, M. (2014). *İşletmelerde Örgütsel Bağlılık Ve Örgütsel Bağlılığı Etkileyen Faktörler: Gümrük Memurları Üzerine Bir Araştırma*, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Dönem Projesi, Edime.
5. Şahin, F., Sarıdemir, T. (2016). Okul Müdürlerinin Liderlik Stillere Göre Öğretmenlerin Yaşam Doyumlarının ve Evlilik Doyumlarının İncelenmesi. *Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 37(1): 391-426, Ankara.
6. Karahan, A. (2008). Hastanelerde Liderlik Ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 10(1), 145-162..
7. Aslan, Ş. (2013). Geçmişten Günümüze Liderlik Kuramları (Sağlık Yönetimi Bakış Açısıyla). *Eğitim Yayınevi, Konya*.
8. Çetin, Ş. Korkmaz, M. ve Çakmakçı, C. (2012), Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik ile Lider-Üye Etkileşiminin Öğretmenlerin Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerindeki Etkisi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 18(1): 7- 36.7.
9. Eren, M. ve Titizoğlu, Ö. (2014). Dönüşümcü Ve Etkileşimci Liderlik Tarzlarının Örgütsel Özdeşleşme Ve İş Tatmini Üzerindeki Etkileri. *Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, (27), 275-303..
10. Ceylan, A. Keskin, H., Eren, Ş. (2005). Dönüşümcü ve Etkileşimci Liderlik ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkilere Yönelik Bir Araştırma. *Yönetim Dergisi*, 16(51):32-42.
11. Seyfikli, C. (2007). *Hastane Yöneticilerinin Liderlik Davranışlarının Personel İş Doyumuna Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Eskişehir.
12. Avolio, B. J., Bass, B. M. ve Jung, D. I. (1999). Re Examining the Components of Transformational and Transactional Leadership Using the Multifactor Leadership Questionnaire. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 72(4): 441-462.
13. Erdal, M. (2007). İşletmelerde Dönüştürücü Liderlik Davranışlarının Analizi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş.
14. Bolat, Tamer ve A. Seymen, Oya (2003). Örgütlerde İş Etiğinin Yerleştirilmesinde Dönüşümcü Liderlik Tarzının Etkileri Üzerine Bir Değerlendirme. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:6, Sayı:9, 59-85.
15. Erçetin, Ş. (2000). Lider Sarmalında Vizyon. *Nobel Yayın Dağıtım, Ankara*.
16. Keçecioğlu, T. (2003). Lider-Liderlik: Değişim Yolunda İyi Bir Öğrenci ve İyi Bir Öğretmen. *Okumuş Adam Yayıncılık İstanbul*.
17. Dibley, J.E. (2009). *The Relationship Between The Transformational Leadership Style Of Officers And The Levels Of Their Followers' Work Engagemen In The South African Army*. Master Of Arts In The Subject Industrial And Organisational Psychology At The University Of South Africa.
18. Eren, E. (2004). Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, *Beta Yayınları İstanbul*.
19. Karip, E. (1998). Dönüşümcü Liderlik. Kuram Ve Uygulamada Eğitim. *Yönetim Dergisi*, 4(4) 443-465..
20. Gökçaya, Ö. (2003). Bilgi Çağında Organizasyon ve Dönüştürücü Liderlik. II. *Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetimi Kongresi Bildiriler Kitabı, İzmir*.
21. Murat, G. ve Açıkgöz, B. (2007). Yöneticilerin Örgüt Kültürü Algılarına İlişkin Bir Analiz: Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Örneği. *Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3 (5): 1-20.
22. Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1990). *Transformational leadership development: Manual for the multifactor leadership questionnaire*. Consulting Psychologists Press.
23. Demir, H., ve Okan, T. (2008), Etkileşimsel ve Dönüşümsel Liderlik: Bir Ölçek Geliştirme Denemesi. *Yönetim ve Yıl Dergisi*, 19(61):72-90.
24. Eraslan, L. (2004). Liderlik Olgusunun Tarihsel Evrimi, Tarihsel Kavramlar ve Yeni liderlik Paradigmasının Analizi. *Milli Eğitim Dergisi*, Sayı 162, 162,(3).
25. Bakan, İ., Erşahan, B., Büyükbeşe, T., Doğan, İ., Kefe, İ. (2015). Dönüşümcü Ve Etkileşimci Liderlik İle Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 7(14): 201-222.
26. Bakantaş, E ve Şama, E., (2016). Okullarda Dönüşümcü Liderlik ve Örgütsel Bağlılık İlişkisi. *İğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı 10, 275-298.
27. Cho, Seonghee, Misty M. Johanson, and Priyanko Guchait. (2009) "Employees Intent to Leave: A Comparison of

- Determinants of Intent to Leave Versus Intent To Stay." *International Journal of Hospitality Management*, 28(3): 374-381.
28. Gürkan, G., Demiralay, Ç. (2013) Görev Çatışması ile İşten Ayrılma Niyeti İlişkisinin Araştırılması: Konaklama İşletmeleri Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Cilt:14 Sayı:2*, 59-79.
29. Ünler, E., Kılıç, B., Çray, J.C. (2014). İletişim İkliminin İş Doyumu ve İşten Ayrılma Niyeti İlişkisine Etkisi. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, 11(41), 237-250.
30. İlısu, İ. (2012), *Personel Güçlendirmenin Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisi Üzerine Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde.
31. Yener, S. (2014). *Özel Ortaöğretim Kurumlarında Paylaşılan Liderlik Davranışı Ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişide Psikolojik Güvenlik Algısının Aracı Değişken İlişkisinin Araştırılması*. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
32. Gözler, Ö. (2007). Kötü Yönetici İş Bıraktırıyorsa, Capital Dergisi, Erişim Tarihi: 05.10.2016 <http://www.capital.com.tr/kotu-yonetici-isi-biraktiriyor-haberler/19528.aspx>.
33. Gürkan, Y. (1995). Çağdaş Yönetim Anlayışı Doğrultusunda Örgütlerde Performans Kavramı Ve Performans Yönetimi. *Vergi Dünyası*, Sayı: 169, 48-70.
34. Yıldız, S., Savcı, G., Kapu, H. (2014). Motive Edici Faktörlerin Çalışanların İş Performansına ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisi. *Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, Cilt:21 Sayı:1, Manisa.
35. Beğenirbaş, M., Turgut, E. (2014). İş Performansının Sağlanmasında Çalışanın Duygusal Emeğinin ve Örgütte Güven Algısının Etkileri. *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 16(3), 131-149.
36. Ertan, H. (2008). *Örgütsel Bağlılık, Motivasyonu Ve Performansı Arasındaki İlişki*: Antalya'da Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinde bir İnceleme Doktora Tezi Afyonkarahisar.
37. Ünlü, O. ve Yürür, Ş. (2011). Duygusal Emek, Duygusal Tükenme ve İşten Ayrılma Niyeti İlişkisi. *İş, Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 14(2), 81-104.
38. Bağcı, Z. (2014) Çalışanların İş Doyumunun Görev ve Bağlamsal Performansları Üzerindeki Etkisi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. Yıl: 4, Sayı: 33, 51-60.
39. Çekmeceliöğlü, H. (2014). *Göreve ve İnsana Yönelik Liderlik Tarzlarının Örgütsel Bağlılık, İş Performansı ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkileri*. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Kocaeli. Sayı 28:21-34.
40. Griffith, J. (2004). Relation of principal transformational leadership to school staff job satisfaction, staff turnover, and school performance. *Journal of Educational Administration*, 42(3), 333-356.
41. Bass, B., M., (1985), "Leadership: Good, Better, Best", *Organizational Dynamics*, Winter85, Vol. 13 Issue 3, 26-40.
42. Bluedorn, A.C., (1982), "A Unified Model of Turnover From Organizations", *Human Relations*, 35; 135-153.
43. Netemeyer, R. G., James S. B., D. O. McKee, ve Robert Mc M., (1997). An Investigation into the Antecedents of Organizational Citizenship Behaviors in a Personal Selling Context. *Journal of Marketing*, 61, pp. 85-98.
44. Kirkman, B.L. ve Rosen, B. (1999), "Beyond Self-Management: Antecedents And Consequences Of Team Empowerment", *Academy of Management Journal*, 42(1): 58-74.
45. Sigler, T.H., Pearson, C. M. (2000), Creating An Empowering Culture: Examining The Relationship Between Organizational Culture And Perceptions Of Empowerment, *Journal of Quality Management*, 5:27-52.
46. Yılmaz H., Karahan A. (2010). Liderlik Davranışı, Örgütsel Yaratıcılık Ve İşgören Performansı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Uşak'ta Bir Araştırma, *Yönetim Ve Ekonomi Dergisi*, 17(2), 145-158.
47. Uysal, Ş. A., Keklik, B., Erdem, R., Ve Çelik, R. (2012). Hastane Yöneticilerinin Liderlik Özellikleri İle Çalışanların İş Üretkenlik Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 15(1), 25-57.
48. Özdevecioğlu, M., ve Kanıgür, S. (2009). Çalışanların ilişki ve görev yönelimli liderlik algılamalarının performansları üzerindeki etkileri. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 11(16), 53-82.

Üniversite Öğrencilerinde Uyku Hijyeni

Sleep Hygiene In University Students

M. Ercan ODABAŞIOĞLU¹, Tahir DEDEOĞLU¹, Zeynettin KASIRGA¹, Fatih SÜN BÜL¹

ÖZET

Bu araştırma üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik bilgilerle uyku hijyeni düzeylerinin incelenmesi ve uyku hijyenlerini etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmanın evrenini bir üniversitenin sağlık bölümlerinde öğrenim gören 814 öğrenci oluşturmuş, araştırma çalışmaya katılmayı kabul eden ve formlarında eksik veya hata olmayan 678 öğrenci ile tamamlanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %69,9'u kız, %30,1'i erkektir. Öğrencilerde ortalama uyku hijyen indeksi skoru (UHİS) 32,74±6,87, kızlarda 31,98±6,51, erkeklerde ise 34,49±7,38 olarak saptanmıştır. Erkek öğrencilerin başta olmak üzere genel olarak öğrencilerin uyku hijyenlerinin kötü olduğu ve ebeveynlerinin gözetiminden uzakta yaşama, yaşam kalitesi algılarının kötü olması, sigara-alkol kullanımı, aşırı internet kullanımı ve uyku saatlerindeki tutarsızlıklar gibi durumlarının uyku hijyenlerini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Öğrencilerin uyku hijyeni konusunda bilinçlendirilmeleri gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Uyku, Uyku Hijyeni, Üniversite Öğrencileri.

ABSTRACT

This research was conducted to investigate sleep hygiene levels of some university students with some socio-demographic information and to determine the factors affecting sleep hygiene. The descriptive type of this research was composed of 814 students in health departments of a university and 678 students who accepted to participate in the research study and who were missing or error in their forms. The students who participated in the study 69.9% were female and 30.1% were male. The mean sleep hygiene index score (SSHİ) was 31.98±6.51 for female students, 34.49±7.38 for male students, and 32.74±6.87 for all students. It has been found that sleeping hygiene is adversely affected by the fact that sleeping hygiene is generally bad for students, especially for male students, and that living away from supervision by their parents, poor quality of life perceptions, smoking-alcohol abuse, excessive internet use and sleeping hours inconsistencies. It has come to the conclusion that students should be conscious about sleep hygiene.

Keywords: Sleep, Sleep Hygiene, University Students.

*Bu çalışma I. Uluslararası Sağlık Bilimler Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur(29 Haziran-1 Temmuz 2017, Aydın)

¹Öğr. Gör. Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, Kilis.

GİRİŞ VE AMAÇ

Uyku, organizma ve çevre arasındaki iletişimin geçici, kısmen ve periyodik olarak kaybedildiği; yoğunluğu değişebilen, uyarılarla geri döndürülebilir olan ve insan ömrünün üçte birini kapsayan bir süreçtir. Uyku, uyanık duruma kıyasla çevresel uyarılara göreceli hareketsizlik ve tepki eşiğinde belirgin bir artış ile karakterize olan düzenli, tekrar eden ve kolayca halledilebilen bir organizma halidir. Uyku, sadece günlük yaşamın dışında olan bir zaman dilimi değil, vücudun kendisini sağlıklı ve uzun bir yaşam için yenilediği hayati bir zorunluluktur. Sağlıklı, mutlu ve iyi bir yaşam için dinlendirici ve kaliteli bir uykuya ihtiyaç vardır.^{1,2}

Normal bir insanın günlük aktiviteleri verimli bir şekilde yerine getirmesi ve sağlığının korunması için her gün yaklaşık 8 saat uykuya ihtiyacı vardır.³ Uyku rolüyle ilgili pek çok soru cevapsız kalmasına rağmen bilimsel araştırmalar, uykunun birçok önemli bilişsel, duygusal ve performansla bağlı fonksiyonlara önemli katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur. Uyku yoksunluğu bir kişinin yaşamının pek çok yönünü etkiler ve genellikle rahatsız edici ruh hali, yüksek stres, kaygı, muhakeme güçlüğü ve azalmış akademik başarı ile ilişkilendirilir.⁴

Üniversite öğrencileri, ebeveynlik rehberliklerinde azalma ile kendi yatma zamanını seçme özgürlüğü, akademik stresin artması ve öğrenim veya ders dışı etkinlikler için harcanan zaman gibi çevresel faktörlere bağlı olarak özellikle uyku bozukluklarına çok açıktırlar.⁵ Genellikle hafta içlerinde yetersiz, hafta sonları ise uzun saatler süren değişken uyku programları ile bilinirler.⁶ Öğrenciler bu düzensiz uyku programları nedeniyle genel popülasyondaki insanlardan iki kat fazla oranda gecikmiş uyku faz

sendromuyla tutarlı semptomlar göstermektedirler. Bu sendrom, iş veya okulun olmadığı günlerde geç saatlere kadar uyuma ve bunun sonucunda azalmış iş ve akademik performans ile hafta boyunca aşırı uykululuk durumu olarak tanımlanır.⁷ Düzensiz uyku programları ve diğer yaygın öğrenci alışkanlıkları (alkol ve kafein tüketimi vs gibi) kötü uyku hijyeni oluşturmaktadır.⁸

Uyku hijyeni; uykuyu kolaylaştıran davranışlar (düzenli egzersiz, düzenli bir uyku/uyanıklık programının sürdürülmesi) ve uykuya olumsuz etkisi olan davranışlardan kaçınma (sigara, akşam saatlerinde alkol veya kafein alımı, gündüz uyuklaması) olarak tanımlanabilir. Uyku hijyeni uygulamaları, uyku kalitesini artırmak için önemlidir. Yapılan çalışmalar, gençlerde, üniversite öğrencilerinde, hastanede çalışan hemşirelerde ve tıp öğrencilerinde kötü uyku hijyeni olduğunu göstermiştir.^{9,10} Yetersiz uyku hijyeni genellikle uyku kalitesinin ve gündüz uyanıklığının sağlanamaması nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde bozulmalara neden olmaktadır.² Bu nedenle, uyku hijyeninin geliştirilmesi ve kullanılması oldukça önemlidir.

Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesiyle ilgili hem ülkemizde hem de yurtdışında çok sayıda çalışma yapılmasına rağmen, uyku kalitesiyle birebir ilişkisi olan uyku hijyeni davranışları ve öğrencilerin bu konudaki farkındalıkları ile ilgili sınırlı sayıda çalışma yer almaktadır.^{7,11-22}

Bu araştırmada üniversite öğrencilerinin uyku hijyeni düzeyleri ile uyku hijyenlerini etkileyen etmenlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Diğer bir amaç ise öğrencilerde bu konuda bir farkındalık oluşturmanın ve gelecek dönemlerde planlanan çalışmalara bir zemin hazırlamaktır.

MATERYAL VE METOT

Araştırma Nisan 2017 de gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda ve Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümünde öğrenim gören 814 öğrenci oluşturmuştur. Okula devam eden ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm öğrenciler araştırma kapsamına alınmış hatalı ya da eksik formlar değerlendirme dışı bırakılmış ve araştırma 678 öğrenci ile tamamlanmıştır.

Araştırmada girişimsel bir müdahale durumu söz konusu olmadığı için etik kurul onayı alınmasına gerek duyulmadı. Ancak çalışmamızda Helsinki Bildirgesi'nde yer alan hususlara özellikle de bilgilerin gizlilik ve mahremiyeti ile gönüllülük esasına dikkat edilmiştir. Öğrencilere çalışmaya katılmayabilecekleri, gönüllülüğün esas alındığı bildirilmiştir. Bu çerçevede araştırmaya katılan bireylerden yazılı onam alınmıştır. Bunun dışında Kilis 7 Aralık Üniversitesi Rektörlüğü'nden de yazılı izin alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Sosyo-demografik Anket Formu: Araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilmiş olup, formda katılımcıların yaş, boy, kilo, öğrenim şekli, kronik sağlık problemi gibi demografik bilgileri ile günlük ortalama uyku süresi, uyumak için yatağa geçiş ortalama zamanı gibi uyku davranış bilgilerini sorgulamaya yönelik sorular yer almaktadır.

Uyku Hijyen İndeksi (Sleep Hygiene Index)(UHI): Mastin ve ark. (2006) tarafından geliştirilmiştir.²³ Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği ise Özdemir ve ark. (2015) tarafından yapılmıştır.² Anket 13 sorudan ibaret olup beşli likert ölçek (hiçbiri:1,

nadiren:2, bazen:3, sıklıkla:4, her zaman:5) formatındadır. İndeks, katılımcının uyku hijyenini oluşturan uyku davranışlarını ne sıklıkta yaptığını sorgulayarak uyku hijyeni varlığını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Alınan skorlar 13 ile 65 arasında değişmekte olup, yüksek skorlar katılımcının daha kötü uyku hijyeni durumunu göstermektedir. Uyku Hijyen İndeksi'ni oluşturan maddeler Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması (International Classification of Sleep Disorders)'nda yetersiz uyku hijyeni için tanı ölçütlerinden türetilmiştir. Uyku Hijyen İndeksi'nin Cronbach Alpha değeri 0,70 olarak hesaplanmış geçerli ve güvenilir bulunmuştur.²

Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi-4 Ölçeği (Health-Related Quality of Life) (CDC HRQOL-4): Centers for Disease Control and Prevention tarafından geliştirilen anket 4 sorudan oluşur. Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği ise Aslan ve ark. (2010) tarafından yapılmıştır.²⁴ Katılımcıların genel sağlığını nasıl algıladıklarını, son 30 günde kaç gün fiziksel ve ruhsal bozukluk yaşadıklarını ve yine son 30 günde fiziksel veya ruhsal problemlerden kaynaklı yaşamsal aktivitelerini kaç gün yapamadığını sorgular. Böylece kişilerin kendi sağlıklarını genel olarak nasıl algıladıkları, fiziksel sağlıkları, mental sağlıkları ve aktivite kısıtlılıklarını sorgulamayı amaçlar.

Araştırma verileri SPSS 23.0 paket programına girilerek frekans ve yüzde dağılımları incelenmiştir. Veriler normallik dağılımı ile test edildikten sonra parametrik testler (Kolmogorov- Smirnov) uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edildi.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan öğrencilerin %69,9'u kız, %30,1'i erkektir. Öğrencilerin yaş ortalaması 20,39±2,11 yıl olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılanların %32,5'i birinci sınıf, %56,9'u ikinci sınıf, %10,5'i üçüncü sınıf öğrencisiydi. Öğrencilerin %70,3'ü birinci öğretim, %29,6'sı ikinci öğretim olarak eğitim almaktaydı. Öğrencilerin bölümlere göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin Bölümlere Göre Dağılımı

Bölüm	Sayı	%
Hemşirelik	152	22,4
İlk ve Acil Yardım Pr.	132	19,5
Fizyoterapi Pr.	95	14,0
Çocuk Gelişimi Pr.	92	13,6
Yaşlı Bakımı Pr.	82	12,1
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Pr.	78	11,5
Optisyenlik Pr.	47	6,9
Toplam	678	100,0

Öğrencilerin %45,4'ü devlet yurdunda, %27,4'ü özel evde, %19,5'i ailesi ile birlikte ve %7,7'si özel yurttadır.

Öğrencilerin %92,8'inde kronik bir sağlık problemi yoktur ve %83,3'ü sigara kullanmamaktadır. Buna karşılık %13,9'u sigara kullanmakta, %2,8'i hem sigara hem alkol kullanmaktadır. Öğrencilerin yaşam kalitesi algıları %5,3'ünde mükemmel, %21,8'inde çok iyi, %53,4'ünde iyi, %17,5'inde orta, %1,9'unda kötü olarak saptanmıştır.

Öğrencilerde ortalama uyku hijyen indeksi skoru (UHİS) 32,74±6,87, kızlarda 31,98±6,51, erkeklerde ise 34,49±7,38 olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin Uyku Hijyeni İndeksi Skorları

	UHİS*	N	%
Erkek	34,49±7,38	204	30,0
Kız	31,98±6,51	474	69,9
Toplam	32,74±6,87	678	100,0

*Uyku Hijyen İndeksi Skoru

Özdemir ve ark. yaş ortalaması 25,26±7,17 yıl olan 106 depresyon hastası ve 200 gönüllü

bireyde uyku hijyenini incelemiş ve ortalama UHİS'i 30,44±7,37 olarak bulmuşlar.² Lee ve ark. yaş ortalaması 49,1±12,5 yıl olan hafif obstrüktif uyku apneli hastalarda ortalama UHİS'i 24,7±6,2 olarak bulmuşlar.⁹ Lee ve ark. yaptıkları başka bir çalışmada yaş ortalaması 37,4±10,7 yıl olan epilepsi hastalarında ortalama UHİS'i 27,1±7,7 olarak bulmuşlar.¹⁰ Chehri ve ark. yaş ortalaması 31,6±8,7 yıl olan genel popülasyonda ortalama UHİS'i 38,6±6,2 olarak bulmuşlar.²⁵

Çalışmada Uyku Hijyen İndeksi (UHI)'nde 13. madde olan "Yatakta iken düşünürüm, plan yaparım veya endişeli olurum" ifadesi 3,39±1,17 ortalama ile öğrencilerin en sık yaptığı ve uyku hijyenini en olumsuz etkileyen davranış biçimi olarak bulunmuştur. UHI'de 4. madde olan "Yataktan kalktığım ilk 1 saat içinde terleyene kadar egzersiz yaparım" ifadesi ise 1,52±0,92 ortalama ile en az sıklıkla yapılan dolayısıyla uyku hijyenini en az olumsuz etkileyen davranış biçimi olarak bulunmuştur (Tablo 3). Özdemir ve ark. bireylerin uyku hijyenini en olumsuz etkileyen davranış biçiminin 3,38±1,31 ortalama ile UHI'de 13. madde olan "Yatakta iken düşünürüm, plan yaparım veya endişeli olurum" ifadesi olduğunu, en az etkileyen davranış biçimini ise 1,29±0,73 ortalama ile 4. madde olan "Yataktan kalktığım ilk 1 saat içinde terleyene kadar egzersiz yaparım" ifadesi olduğunu bildirmişler.² Chehri ve ark. bireylerin uyku hijyenini en olumsuz etkileyen davranış biçimini 3,38±1,31 ortalama ile 2. madde, en az olumsuz etkileyenin ise 1,38±0,74 ortalama ile 4. madde olduğunu bildirmişler.²⁵ Lee ve ark. hafif obstrüktif uyku apneli hastalarda uyku hijyenini en olumsuz etkileyen davranış biçimini 9. madde en az olumsuz etkileyenin ise 4. madde olduğunu bildirmişler.⁹ Lee ve ark. epilepsi hastalarında ise uyku hijyenini en olumsuz etkileyen davranış biçimini 9. madde en az olumsuz etkileyenin ise 10. madde olduğunu bildirmişler.¹⁰

Tablo 3. Uyku Hijyen İndeksinde Yer Alan Maddelerin Skor Ortalamaları

Soru	X±SS
1 Gündüz saatlerinde 2 saat veya üzerinde şekerleme yaparım.	2,26±1,08
2 Yatağa gitme saatlerim günden güne değişir.	3,27±1,11
3 Yataktan kalkma saatlerim günden güne değişir.	3,03±1,16
4 Yataktan kalktığım ilk 1 saat içinde terleyene kadar egzersiz yaparım.	1,52±0,92
5 Haftada 2-3 kez normalden uzun süre yatakta kalırım.	2,65±1,22
6 Yatağa girmeden önceki veya yataktan sonraki 4 saatlik sürede alkol, tütün(sigara) veya kafeinli içecek tüketirim.	1,68±1,23
7 Yatma saatinde uyanıklığı (örneğin: bilgisayar oyunları, internet veya temizlik) artırıcı şeyler yaparım.	2,76±1,31
8 Yatağa stresli, öfkeli, sıkın veya sinirli şekilde girerim.	2,20±1,00
9 Yatağı uyumak dışında etkinlikler (örneğin: TV seyretme, okumak, yemek veya ders çalışmak) için de kullanırım.	3,07±1,19
10 Rahat olmayan bir yatakta uyuyorum (örneğin: Kötü bir çarşaf veya yastık, fazla veya yetersiz yorgan/battaniye)	1,62±1,06
11 Rahat olmayan bir odada uyuyorum (örneğin: çok aydınlık çok dağınık, çok sıcak, çok soğuk, çok gürültülü.)	1,83±1,20
12 Yatmadan önce önemli işleri yaparım.	3,35±1,19
13 Yatakta iken düşünürüm, plan yaparım veya endişeli olurum.	3,39±1,17

Lee ve ark. erkeklerde uyku hijyeninin kötü olduğunu bildirmiştir.⁹ Yazdi ve ark. erkek öğrencilerde uyku hijyeninin daha kötü olduğunu buna bağlı olarak da kötü uyku kalitesine sahip olduklarını bildirmiştir.¹⁷ Çalışmamızda da UHİS ortalamalarının erkek öğrencilerde kızlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu dolayısıyla erkek öğrencilerde uyku hijyeninin daha kötü olduğu bulunmuştur. Erkekler ve kızlar arasında bu farkın oluşmasına temel teşkil eden UHİ'de yer alan bazı maddeler incelenmiştir.

Bu maddelerden erkeklerde kızlara göre yapılma sıklığı fazla olan ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunan 6, 4, 10 ve 8. maddeler anlamlılık düzeylerine göre sırasıyla Tablo 4'te gösterilmiştir. Bu duruma göre UHİ'de 6. madde olan "Yatağa girmeden önceki veya yataktan sonraki 4 saatlik sürede alkol, tütün (sigara) veya kafeinli içecek tüketirim." ifadesi erkeklerde kızlara göre skor ortalaması ve istatistiksel olarak anlamlı farkın en yüksek olduğu davranış biçimidir (p<0,05) (Tablo 4).

Tablo 4. UHİ'de Yer Alan Maddelerin Cinsiyetlere Göre Ortalama Skorlarının Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	X±SS	t	p
6. Yatağa girmeden önceki veya yataktan sonraki 4 saatlik sürede alkol, tütün (sigara) veya kafeinli içecek tüketirim.	Erkek	204	2,30±1,58	8,99	0,00*
	Kız	474	1,42±0,93		
	Toplam	678	1,68±1,23		
4. Yataktan kalktığım ilk 1 saat içinde terleyene kadar egzersiz yaparım.	Erkek	204	1,80±1,12	5,13	0,00*
	Kız	474	1,41±0,80		
	Toplam	678	1,52±0,92		
10. Rahat olmayan bir yatakta uyuyorum (ör. kötü bir çarşaf veya yastık, fazla veya yetersiz yorgan / battaniye)	Erkek	204	1,87±1,17	3,99	0,00*
	Kız	474	1,51±1,00		
	Toplam	678	1,62±1,06		
8. Yatağa stresli, öfkeli, sıkın veya sinirli şekilde girerim.	Erkek	204	2,39±1,12	3,28	0,00*
	Kız	474	2,12±0,93		
	Toplam	678	2,21±1,00		

Hicks ve ark. son otuz yılda insanların ortalama uyku süresinde 1 saatten daha fazla bir azalma olduğu ve üniversite

öğrencilerinde uyku sorunlarının yaygın bir hale geldiğini bildirmiştir.¹⁸

Üniversite öğrencileri arasında uyku sorunları yaygın ve bununla birlikte, pek çok uyku ile ilişkili faktör ve uyku davranışı arasındaki ilişki halen belirsizdir.²² Yine yapılan birçok çalışma; uyku hijyeni ile uyku kalitesinin çok güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.^{2,7,9,10,18,19,25} Üniversite öğrencilerinde geçmişte yapılan

araştırmalar, kötü uyku kalitesinin önemli psikolojik sıkıntı, depresyon, konfüzyon ve genel olarak daha kötü yaşam memnuniyeti ile ilişkili olduğunu iddia etmiştir.^{6,26} Bu bağlamda Tablo 5'te öğrencilerin bazı sosyodemografik değişkenleri ile ortalama UHİS'leri karşılaştırılmıştır.

Tablo 5. Öğrencilerin Bazı Değişkenlerine Göre Ortalama Uyku Hijyen İndeksi Skorlarının Karşılaştırılması

		N	X±SS	t	p
Cinsiyet	Erkek	204	34,49±7,38	4,54	0,00*
	Kız	474	31,98±6,51		
Öğretim Durumu	I. Öğretim	477	32,79±7,05	0,16	0,87
	II. Öğretim	201	32,63±6,46		
		N	X±SS	F	p
Öğrencilerin Bölüm ve Programlara Göre Dağılımı	Hemşirelik	152	33,86±7,72	2,00	0,63
	İlk ve Acil Yardım Pr.	132	32,06±6,95		
	Fizyoterapi Pr.	95	32,61±6,03		
	Çocuk Gelişimi Pr.	92	31,91±6,65		
	Yaşlı Bakımı Pr.	82	31,31±5,64		
	Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Pr.	78	33,69±7,17		
	Optisyenlik Pr.	47	33,17±6,28		
Not Ortalaması	0-1,99	93	34,79±8,13	4,91	0,00*
	2,00-2,99	435	32,47±6,63		
	3,00-4,00	150	32,25±6,55		
İkamet Durumları	Devlet yurdu	308	33,06±6,50	6,78	0,00*
	Özel yurt	52	32,03±6,27		
	Ailesi ile birlikte	132	30,58±6,83		
	Özel evde	186	33,93±7,33		
Sigara-Alkol Kullanma Durumları	Sigara ve alkol kullanmayan	565	32,07±6,64	20,29	0,00*
	Sigara kullanan	94	35,01±7,17		
	Alkol kullanan	19	39,78±5,52		
Günlük Ortalama İnternet Kullanımı	< 1 saat	54	29,53±7,15	6,96	0,00*
	1 saat ile < 2 saat	118	31,77±7,39		
	2 saat ile < 3 saat	175	31,96±6,83		
	3 saat ile < 4 saat	182	33,50±6,58		
	> 4 saat	149	34,45±5,99		
Genelde Uyku İçin Yatağa Geçiş Zamanı	23:00'dan önce	48	30,52±7,10	14,00	0,00*
	23:00-23:59 arası	213	31,07±6,26		
	24:00-00:59 arası	220	32,54±7,00		
	01:00'dan sonra	197	35,15±6,50		
Günlük Ortalama Uyku Süresi	< 6 saat	47	35,70±6,73	10,41	0,00*
	6-10 saat	564	32,15±6,74		
	> 10 saat	67	35,14±6,75		
Yaşam Kalitesi Algısı	Mükemmel	36	30,44±7,31	8,61	0,00*
	Çok iyi	148	32,29±7,15		
	İyi	362	32,32±6,58		
	Orta	119	34,34±6,28		
	Kötü	13	41,38±7,96		

Öğrencilerin eğitimlerini birinci öğretim ya da ikinci öğretim şeklinde alma durumlarına göre UHİS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış yani öğrenim şeklinin uyku hijyenini etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Öğrencilerin okudukları bölüm veya programlar ile ortalama UHİS'leri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Öğrencilerin not ortalamaları ile ortalama UHİS'leri karşılaştırıldığında not ortalaması 0-1,99 arasında olan öğrencilerin diğer gruplara göre ortalama UHİS'lerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin UHİS ortalaması ile not ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ters yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). Not ortalaması düşük olan öğrencilerin uyku hijyenlerinin diğer gruplara göre kötü olduğu saptanmıştır. (Tablo 5). Yapılan birçok çalışma üniversite öğrencilerinin akademik başarısı ile kötü uyku kalitesi arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.^{5,12,14,17,27}

Öğrencilerin ikamet ettikleri yer ve ortalama UHİS'leri incelendiğinde ailesi ile birlikte kalanlarda ortalama UHİS'in düşük, özel evde olanlarda ise yüksek olduğu görülmüştür. Ailesi ile birlikte kalan öğrencilerin UHİS ortalamaları ile özel yurttaki kalan öğrencilerin UHİS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamazken, devlet yurdunda kalanlar arasında ve özel evde kalanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 5). Brown ve ark. üniversite öğrencilerinde ebeveyn rehberliklerinde azalma ile uyku sorunlarının artabileceğini bildirmiştir.⁶

Sigara ve alkol kullanan öğrencilerde sigara ve alkol kullanmayanlara göre UHİS ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. ($p<0,05$) (Tablo 5). Üniversite öğrencilerinde yapılan birçok çalışma sigara, alkol ya da kahve veya çay gibi kafein içeren içeceklerin uyku hijyenini veya uyku kalitesini olumsuz etkilediğini bildirmiştir.^{7,17,20,23}

Günlük ortalama 4 saatten fazla internet kullananlarda UHİS ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Günlük ortalama internet kullanımı ile UHİS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5). Yapılan bazı çalışmalar üniversite öğrencilerinde kötü uyku kalitesi ve potansiyel internet bağımlılığı arasında güçlü bir korelasyon olduğunu bildirmiştir.^{12,21} Bizim çalışmamızda da günlük ortalama internet kullanımı fazla olanlarda uyku hijyeninin daha kötü olduğu bulunmuştur.

Öğrencilerin uyku için yatağa geçiş saati ile UHİS ortalamaları incelendiğinde 01:00'dan sonra uyuyanlarda UHİS ortalamalarının diğer gruplara göre yüksek olduğu kaydedilmiştir. Uyku için yatağa geçiş saati ile UHİS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 5). Öğrencilerin günlük ortalama uyku süreleri 0-6 saat arası ile 6 saatten az olanlar ve 10 saat üzeri olanların 6-10 saat arası olanlara göre uyku hijyenlerinin anlamlı bir şekilde daha olumsuz olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 5). Kang ve ark. öğrencilerin günlük ortalama uyku süresinde azalmaya bağlı olarak uyku programlarında düzensizliklerin artış gösterdiğini ve bu durumun da kötü uyku kalitesine sebep olabileceğini bildirmiştir.²⁰

Lee ve ark. yaptıkları çalışmada uyku hijyeni ve yaşam kalitesi algısının kötü olmasının ilişkili olduğunu bildirmiştir.⁹ Bizim çalışmamızda da yaşam kalitesi algısı kötü ve orta olanların uyku hijyenlerinin daha kötü olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5).

Yapılan bazı çalışmalar öğrencilerin uyku hijyeniyle ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve aynı zamanda gündüzleri uyku ihtiyacı hissetme ve uyku ilaçları kullanmanın uykuyu bozabileceğinin farkında olmadıklarını bildirmişlerdir.^{5,19} Yapılan başka bir çalışmada ise uyku kalitesi kötü olan öğrencilerin yatağa endişeli girme eğilimlerinin olduğunu ve gün içerisinde yaşadıkları olayları akıllarından geçirdiklerini diğer taraftan uyku kalitesi iyi

olanların ise her gün aynı saatlerde yatmaya ve kalkmaya özen gösterdiklerini bildirmiştir.²² Bizim yaptığımız çalışmada da UHI'de yer alan "Yatakta iken düşünürüm, plan yaparım veya endişeli olurum" ifadesi öğrencilerin uyku hijyenini en olumsuz etkileyen davranış biçimi olarak kaydedilmiştir. Bunun yanında "Yatmadan önce önemli işleri yaparım" ve "Yatağa gitme saatlerim günden güne değişir" uyku hijyenini olumsuz etkileyen diğer davranış

biçimleridir. Çalışmamızda öğrencilerin genel olarak uyku hijyeni kötü bulunmuştur. Cinsiyetler açısından incelediğimizde ise erkek öğrencilerde kızlara göre daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun sebebi olarak ise Tablo 5.'te yer alan sırasıyla 6, 4, 10 ve 8. uyku hijyen davranışlarının erkek öğrencilerde kızlara göre yapılma sıklığının fazla olmasıyla ilişkili olduğu görülmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Erkek öğrencilerin başta olmak üzere genel olarak öğrencilerin uyku hijyenlerinin kötü olduğu ve ailelerinin gözetiminden uzakta yaşama, yaşam kalitesi algılarının orta ve kötü olması, sigara-alkol kullanımı, aşırı internet kullanımı ve uyku saatlerindeki tutarsızlıklar gibi durumlarının uyku hijyenlerini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Üniversite öğrencilerinde kötü uyku hijyenine sebep olabilecek davranışlar veya çevresel faktörlerle ilgili eğitim verilmesi öğrencilerin uyku hijyeni konusundaki farkındalıklarını artırılabilir.

Araştırmanın sonuçları üniversite öğrencilerinde uyku kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerin belirlenmesinde ve öğrenciler için yaşam tarzı, sosyal destek ve zaman yönetimi becerileri ile ilgili unsurları kapsamasına yönelik sistemli bir eğitim programı hazırlanmasında üniversite yöneticileri ve eğitimcilere rehberlik açısından önemli bir yardımcı olabilir. Bunun yanında üniversite öğrencilerinde kötü uyku hijyen davranışlarına sebep olan faktörler ile bu durumu iyileştirmek için uygulanabilecek müdahaleleri ve bu müdahalelerin etkililiğini kapsayan daha ileri araştırmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Soleimani F, Motaarefi H, Hasanpour-Dehkordi Ali. (2016). "Effect of Sleep Hygiene Education on Sleep Quality in Hemodialysis Patients". *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(12): 1-4.
2. Özdemir PG, Boysan M, Selvi Y, Yıldırım A, Yılmaz E. (2015). "Psychometric Properties of The Turkish Version of The Sleep Hygiene Index in Clinical and Non-Clinical Samples". *Comprehensive Psychiatry*, 59,135-140.
3. Roehrs T, Shore E, Papineau K, Rosenthal L, Roth T. (1996) "A two-week sleep extension in sleepy normals". *Sleep*. 19:576-582.
4. Elagra MI, Rayyan MR, Alnemer OA, Alshehri MS, Alsaffar NS, Al-Habib RS, Almosajen ZA. (2016). "Sleep Quality Among Dental Students and Its Association With Academic Performance". *J Int Soc Prev Community Dent*, 6(4):296-301.
5. Al-Kandari S, Alsalem A, Al-Mutairi S, Al-Lumai D, Dawoud A, Moussa M. (2017). "Association Between Sleep Hygiene Awareness And Practice With Sleep Quality Among Kuwait University Students". *Sleep Health*, (Articles in Press).
6. Brown FC, Buboltz WC, Soper B. (2002). "Relationship of Sleep Hygiene Awareness, Sleep Hygiene Practices, and Sleep Quality in University Students". *Behav Med*, 28(1):33-8.
7. Brown, FC, Soper B, Buboltz WC. (2001). "Prevalence of delayed sleep syndrome in university students" *College Student Journal*, 35(3):472-476.
8. Lack LC. (1986). "Delayed Sleep And Sleep Loss in University Students". *J Am Coll Health*, 35:105-110.
9. Lee S-A, Paek JH, Han SH. (2015). "Sleep Hygiene and Its Association With Daytime Sleepiness, Depressive Symptoms, and Quality of Life In Patients With Mild Obstructive Sleep Apnea". *J Neurol Sci*, 359(1-2):445-449.
10. Lee SA, Han SH, No YJ, Jo KD, Kwon JH, Kim JY, Shin DJ. (2015). "Sleep Hygiene and Its Association With Mood and Quality Of Life In People With Epilepsy". *Epilepsy Behav*. 52:225-229.
11. Saygılı S, Akıncı AÇ, Arkan H, Dereli E. (2011). "Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk". *Ejovoc*, 2:88-94.
12. Cheng SH, Shih CC, Lee IH, Hou YW, Chen KC, Chen KT. (2012). "A Study on The Sleep Quality Of incoming University Students" *Psychiatry Research*, 197:270-274.
13. Aysan E, Karaköse S, Zaybak A, İsmailoğlu EG. (2014). "Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler". *Deuhyo Ed*,7(3):193-198.
14. Cates ME, Clark A, Woolley TW, Saunders A. (2015). "Sleep Quality Among Pharmacy Students" *American Journal of Pharmaceutical Education*, 79 (1):1-6.
15. Brick CA, Seely DL, Palermo TM. (2010). "Association Between Sleep Hygiene and Sleep Quality in Medical Students". *Behavioral Sleep Medicine*, 8:2:113-121.
16. Peltz JS and Rogge RD. (2006). "The Indirect Effects of Sleep Hygiene and Environmental Factors on Depressive Symptoms in College Students". *Sleep Health*, 2:159-166.
17. Yazdi Z, Loukzadeh Z, Moghaddam P, Jalilolghad S. (2016). "Sleep Hygiene Practices and Their Relation to Sleep Quality in Medical Students of Qazvin University of Medical Sciences". *Journal of Caring Sciences*, 5(2), 153-160.
18. Hicks RA, Fernandez C, Pellegrini RJ. (2001). "Striking Changes in The Sleep Satisfaction Of University Students Over The Last Two Decades". *Percept. Motor Skills*, 93:660.
19. Suen LK., Tam WW, Hon KL. (2010). "Association Of Sleep Hygiene Related Factors And Sleep Quality Among University Students in Hong Kong". *Hong Kong Med. J.*, 16:180-185.

20. Kang JH and Chen SC. (2009). "Effects of an irregular Bedtime Schedule on Sleep Quality, Daytime Sleepiness, and Fatigue Among University Students in Taiwan". *BMC Public Health*, 9:248
21. Younes F, Halawi G, Jabbour H, Osta NE, Karam L, Hajj A, Khabbazet LR. (2016) "Internet Addiction and Relationships with Insomnia, Anxiety, Depression, Stress and Self-Esteem in University Students: A Cross-Sectional Designed Study". *Plos One*, 11(9).
22. Suen LK., Hon KL, Tam WW. (2008) "Association between Sleep Behavior and Sleep Related Factors among University Students in Hong Kong". *Chron. Int*, 25:5, 760-775.
23. Mastin DF, Jeff B, Corwyn R. (2006). "Assessment of Sleep Hygiene Using the Sleep Hygiene Index". *J Behav Med*, 29(3):223-227.
24. Aslan UB, Cavlak U, Yagci N, BaskanE. (2010). "Reliability And Validity Of The Turkish Version of the CDC HRQOL-4 Scale in Patients With Chronic Low Back Pain". *Pak J Med Sci* 26(4):875-879.
25. Chehri A, Kiamanesh A, Ahadi H, Khazaie H. (2016). "Psychometric Properties of the Persian Version of Sleep Hygiene Index in the General Population". *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 10(3): e5268.
26. Pilcher JJ, Ott ES. "The Relationships Between Sleep And Measures Of Health And Well-Being In College Students: A Repeated Measures Approach". *Behav Med* 1998;23:170-8.
27. Orzech KM, Salafsky DB, Hamilton LA . (2011). "The State of Sleep Among College Students at a Large Public University". *Journal of American College Health*, 59:7, 612-619.

İneklerde Suni Tohumlama Sonrası Fluniksin Meglumin Kullanımının Gebelik Oranları Üzerine Etkisi

The Effect of Flunixin Meglumine Administration after the Artificial Insemination on Pregnancy Rates in Cows

Zahid PAKSOY¹, İbrahim AKAR²

ÖZET

Fluniksin meglumin, veteriner hekimliğinde en yaygın kullanılan Nonsteroid antiinflamatuvar ajanlardan biridir. Bu ilaç, ineklerde tohumlama sonrası embriyonik ölümleri engellemek ve gebelik oranlarını artırmak amacıyla farklı günlerde kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, ineklerde suni tohumlama sonrası 14. günde fluniksin meglumin uygulamasının gebelik oranları üzerindeki etkisini değerlendirmektir. Çalışmada holştayn ırkı sütçü inekler kullanıldı (n=60). Hayvanlar doğal östrüslerinde tohumlandı ve tohumlama sonrası rastgele iki gruba ayrıldı. Birinci gruba (n=30) tohumlama sonrası 14. günde 2 ml serum fizyolojik verildi ve bu grup kontrol grubunu oluşturdu. İkinci gruba (n=30) ise tohumlama sonrası 14. günde 2,2 mg/kg dozunda fluniksin meglumin verildi ve bu grup tedavi grubunu oluşturdu. Tohumlama sonrası 45. günde hayvanlara rektal muayene yapılarak gebelik oranları belirlendi. Kontrol grubunda 30 hayvandan 17'si gebe kalırken, fluniksin meglumin verilen 30 inekten 24'ünde gebelik tespit edildi. Bu çalışmada, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamakla beraber fluniksin meglumin verilen ineklerde gebelik oranlarının daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu sebeple, suni tohumlama sonrası fluniksin meglumin uygulamasının gebeliğin devamını sağlamada faydalı olabileceği kanısına varıldı.

Anahtar Kelimeler: Fluniksin meglumin, İnek, Suni tohumlama, Gebelik.

ABSTRACT

Flunixin meglumine is one of the most widely used non-steroidal anti-inflammatory agents in veterinary medicine. This drug is used on different days to prevent embryonic deaths and to increase pregnancy rates after insemination in cattle. The aim of this study was to evaluate the effect of flunixin meglumine administration on pregnancy rates at 14th day of post artificial insemination in cows. Holstein cows were used in the study (n=60). Animals were inseminated in natural oestrus and randomly divided into two groups after insemination. The first group (n=30) was administered 2 ml of saline post-insemination on the 14th day and this group constituted the control group. To the second group (n=30) was given flunixin meglumine at the dose of 2.2 mg / kg on the 14th day after insemination and this group constituted the treatment group. On the 45th day after insemination, animals were subjected to rectal examination and the pregnancy rates were determined. While 17 of 30 cows conceived in the control group, it was detected that 24 out of 30 cows treated with the flunixin meglumine was pregnant. This study showed that flunixin meglumine had a positive effect on pregnancy rates in cows. For this reason, it was concluded that flunixin meglumine administration after artificial insemination would be beneficial in maintaining the gestation.

Keywords: Flunixin meglumine, Cattle, Artificial insemination, Pregnancy

*Bu çalışma için gerekli etik kurul izni Gümüşhane Üniversitesi, Hayvan Deneyleeri Yerel Etik Kurulundan alınmıştır.

¹Yrd. Doç. Dr., Doğum ve Jinekoloji, Gümüşhane Üniversitesi Gümüşhane Meslek Yüksekokulu, Veterinerlik Bölümü

² Veteriner Hekim, Gümüşhane İl Gıda Tarım ve Hayvancılık Müdürlüğü, Hayvan Sağlığı Yetiştiriciliği ve Su Ürünleri Şube Müdürlüğü

İletişim / Corresponding Author : Zahid PAKSOY, paksoylnd@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received : 13.10.2017

GİRİŞ VE AMAÇ

Postpartum dönemde, ineklerde birçok enfeksiyon ve metabolizma hastalığı infertiliteye yol açmaktadır. Buna ilaveten; östrüsün hatalı tespiti, suni tohumlamanın yanlış zamanda yapılması, sakin kızgınlık, ovulasyonun gecikmesi, fertilizasyon yetersizliği, embriyonun anne tarafından tanınmaması, embriyonik ölümler, ineğin doğum sonrası negatif enerji dengesi içinde bulunması gibi birçok faktör de infertiliteye sebep olmaktadır.¹⁻³ Bu nedenle araştırmacılar inek ve düvelerde gebe kalma oranlarını artırmak için suni tohumlama ile birlikte farklı hormon ve ilaçlar kullanmaktadırlar. Bu hormonlardan en yaygın kullanılanı GnRH'tır. GnRH tohumlama ile birlikte kullanıldığında hipofizden LH salınımını artırarak ovulasyonun gerçekleşmesine yardımcı olur. Aynı zamanda korpus luteum oluşumunu destekler.⁴ Tohumlamadan sonraki günlerde kullanıldığında ise korpus luteumu progesteron üretmesi yönünde destekler ve aksesör korpus luteumların meydana gelmesini sağlar.⁵ Son zamanlarda hormon uygulamasına alternatif olarak Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİD) kullanılmaya başlanmıştır.⁶⁻⁸ Özellikle östrüs siklusunun 13-16. günlerinde bu ilaçlar enjekte edilmektedir.⁹⁻¹¹ Çünkü gebeliğin kritik günleri olarak bilinen 15-17. günleri civarında embriyo anne tarafından tanınmakta ve kabul edilmektedir.¹² NSAİD'lerin bu günlerde uygulanmasıyla uterustan Prostaglandin F2 alfa (PGF2 alfa) salınımı engellenmektedir. Böylece, PGF2 alfanın sebep olduğu korpus luteumun lizisi önlenmektedir.⁹ Sonuçta, maternal kabulü

sağlayan faktörlerden olan progesteron hormonu salınmaya devam etmekte ve gebelik devam etmektedir.¹³

NSAİD'ler esas olarak anti inflamatuvar, analjezik ve antipiretik özellikleri sebebiyle kullanılırlar.¹⁴ Etkilerini prostaglandinlerin sentezini önleyerek gösterirler. Prostaglandinler ağrı, ateş ve şişkinlik gibi yangı semptomlarını oluşturan mediatörlerdir.¹⁵ NSAİD'ler, reproduktif organlarda da çok önemli etkilere sahiptir. Gebeliklerin sonlandırılması, kontrasepsiyon, post-operatif adezyonların önlenmesi ve uterus relaksasyonu gibi etkileri yapılan çalışmalar neticesinde ortaya çıkarılmıştır.¹⁶⁻²⁰ İlk kullanılmaya başlanan NSAİD aspirindir. Bununla birlikte bu grup içerisinde fluniksin meglumin, meloksikam, karprofen, indometazin, naproksen ve fenilbutazon gibi NSAİD'ler de bulunur.²¹

Fluniksin meglumin bunlar içerisinde en sık kullanılan ajanlardan biridir. Fluniksin meglumin ineklerde metritis ve mastitis gibi birçok hastalıkta yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.^{22,23} Son yıllarda suni tohumlama sonrası gebelik oranlarını artırmak amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. Ancak yapılan bütün çalışmalarda, fluniksin meglumin, bir senkronizasyon protokolü sonrasında yapılan tohumlamayı takiben uygulanmıştır.

Bu çalışmanın amacı, doğal östrüs sonrası yapılan suni tohumlamayı takiben uygulanan fluniksin megluminin ineklerde gebelik oranları üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

MATERYAL VE METOT

Postpartum 40-80. günler arasında bulunan 60 tane holştayn ırkı multipar inek materyal olarak kullanıldı. Çalışma için etik kurul izni, Gümüşhane Üniversitesi, Hayvan deneyleri yerel etik kurulundan alındı (10.05.2017 tarih ve 2017/1 sayılı karar). Hayvanlar Gümüşhane ili, Kelkit ve Köse ilçelerindeki işletmelerden temin edildi. Çiftliklerde yarı açık ahır sistemi mevcuttu. Sığırlar 3-4 yaşlarındaydı. Çalışmaya alınmadan önce yapılan kontrollerde hayvanların sağlıklı olduğu tespit edildi.

Materyal olarak kullanılan ineklerde gözlem metodu ile kızgınlıklar tespit edildi ve doğal östrüslerde suni tohumlama yapıldı. Daha sonra hayvanlar rastgele iki eşit gruba ayrıldı. Birinci gruba suni tohumlamadan 14

gün sonra kas içi yolla 2 ml serum fizyolojik uygulandı ve bu grup kontrol olarak değerlendirildi. İkinci gruba da tohumlama sonrası 14. günde kas içi yolla 2,2 mg/kg dozunda fluniksin meglumin (Flumeglin, Teknovet, Türkiye) verildi ve bu grup tedavi grubunu oluşturdu. Çalışmadaki bütün hayvanlara suni tohumlamadan 45 gün sonra rektal palpasyon yapılarak gebelikler belirlendi.

Kontrol ve tedavi gruplarındaki gebelik oranları Fisher exact testi ile karşılaştırıldı. Bu analizler için Graphpad Prism 6 programı (GraphPad Software, San Diego, CA, USA) kullanıldı. P değeri <0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışma sonrası 45. günde yapılan rektal muayenede kontrol grubunda gebelik oranı %57 (17/30) iken fluniksin meglumin verilen tedavi grubunda %80 (24/30) olarak tespit edildi. Fluniksin meglumin verilen grupta gebelik oranı daha yüksekti (Şekil 1). Ancak bu farklılığın istatistikî olarak anlamlı olmadığı belirlendi.

Bu çalışmada, ineklere suni tohumlama sonrası fluniksin meglumin uygulandığında gebelik oranları yükseldi. Bununla birlikte gebelik oranlarındaki bu yükselme istatistikî olarak anlamsız bulundu. İneklerde gebeliğin anne tarafından tanınması; korpus luteumdan progesteron salgılanması, embriyo tarafından bovine interferon-tau üretilmesi, uterustaki östradiol reseptörlerinin inhibisyonu, oksitosin reseptörlerinin azalması, PGF2 alfa sekresyonunun engellenmesi ve endometrial proteinlerin üretilmesi gibi farklı mekanizmalarla gerçekleşmektedir. Bu yolakların herhangi birindeki aksaklık infertilite ile sonuçlanmaktadır.¹² İneklerde infertilite tedavisinde genellikle hormonlar kullanılmaktadır. GnRH, LH, PGF2 alfa ve progestagenler bu amaçla kullanılan hormonlardandır.²⁴ Ancak hormon kullanımı ile infertilite her zaman kontrol altına alınamamaktadır. Bu sebeple, hormonlara

alternatif olarak NSAİD'ler infertilite tedavisinde kullanılmaya başlamıştır. Son yıllarda fluniksin meglumin başta olmak üzere birçok NSAİD ineklerde gebelik oranlarını artırmak için kullanılmıştır.²⁵⁻²⁷ Fluniksin meglumin kullanılan çalışmaların bir kısmında gebelik oranlarının yükseldiği^{6,10,28,29}, bir kısmında değişiklik olmadığı^{7,8,30}, bazı çalışmalarda da azaldığı bildirilmektedir.^{31,32} Bu çalışmada ise doğal östrüsü takip eden 14. günde fluniksin meglumin uygulamasının gebelik oranları üzerine etkisi incelendi.

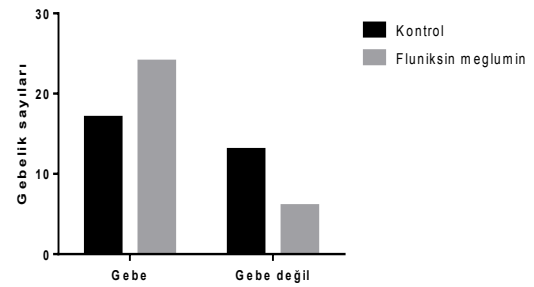
Merrill ve ark. tarafından inek ve düveler üzerinde yapılan çalışmalarda, stres altındaki hayvanlarda tohumlama sonrası fluniksin meglumin uygulamasının gebelik oranları üzerindeki etkileri incelenmiştir.^{6,10,28} Araştırmacılar her üç çalışmada da tohumlama öncesi hayvanları senkronize etmişler ve tohumlama sonrası 14. günde fluniksin meglumin uygulamasının stres altındaki hayvanlarda gebelik oranlarını artırdığını bildirmişlerdir. Repeat breeder düveler üzerinde yapılan diğer bir çalışmada da östrüs senkronizasyonu sonrası hayvanlar tohumlanmış ve tohumlama sonrası 15 ve 16. günlerde fluniksin meglumin enjeksiyonu (1,1 mg/kg) yapılmıştır. Araştırmacılar,

çalışma sonucunda fluniksin megluminin gebelik oranlarını artırdığını bildirmişlerdir. Sunulan bu çalışmada da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamakla beraber ST sonrası 14. günde fluniksin meglumin kullanımı gebelik oranlarını yükseltti. Bu sonuç gebelik oranlarındaki yükselmenin östrüs senkronizasyonu ile ilgili olmadığını göstermiştir. Çünkü bizim çalışmamızda doğal östrüste hayvanlar tohumlanırken yukarıdaki çalışmalarda senkronizasyon sonrası tohumlamalar yapılmıştır.

İnek ve düveler üzerinde yapılan gebelikle ilgili başka bir çalışmada tohumlama sonrası fluniksin meglumin kullanımının gebelik oranları üzerine olan etkisi araştırılmıştır.³⁰ Araştırmacılar, önce inek ve düveleri senkronize etmişler ve daha sonra östrüsü gözleyerek ST yapmışlardır. Tohumlama sonrası 13. günde hayvanlara tek doz fluniksin meglumin (1,1 mg/kg) enjekte etmişlerdir. Bu uygulama neticesinde fluniksin meglumin ile tedavi edilen ve kontrol grubunda bulunan hayvanlar arasında bir fark bulunmadığını rapor etmişlerdir. Bu durumun sebebi gebeliğin kritik günlerinden 24-48 saat daha önce fluniksin meglumin enjeksiyonunun yapılması olabilir. Çünkü fluniksin megluminin yarı ömrü yaklaşık 8 saat olup kritik günlerde PGF2 alfa salınımını engelleyecek düzeyde ilaç uterusu yoğunlaşmamış olabilir.²¹

Dursun inek ve düveler üzerinde yaptığı çalışmada, tohumlama sonrası 15-16. günde

sığırlara çift doz fluniksin meglumin (1,1 mg/kg) uygulaması yapmıştır.³¹ fluniksin megluminin kontrol grubuna göre gebelik oranlarını azalttığını bildirmiştir. Bu azalmanın sebebini de kullandığı materyalin daha önceden gebe kalmamış hayvanlar olması ve çevresel şartlar olarak belirtmiştir. Bizim çalışmamızda ise istatistiksel anlamlı olmasa da fluniksin meglumin grubundaki ineklerde gebelik oranları daha yüksekti. Bu durumun sebebi bizim kullandığımız fluniksin meglumin dozunun daha yüksek olması olabilir. Bunun dışında kullandığımız hayvan ırkının farklı olması ve çalışmanın sağlıklı hayvanlarda yürütülmesi gebelik oranlarının yüksekliği ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca yukarıdaki çalışmada kullanılan senkronizasyon yöntemi ve tohumlama ile ilgili faktörlerde gebelik oranlarındaki düşüşün başka bir sebebi olabilir.



Şekil 1. Gebelik oranları üzerinde fluniksin megluminin etkileri.

Gruplar arasında istatistikî bir fark yoktur ($P>0.05$).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamasına rağmen tohumlama sonrası fluniksin meglumin uygulaması ile ineklerde gebelik oranları yükselmiştir. Bu ilacın ekonomik ve kolay uygulanabilir olması sebebiyle gebelik oranlarını artırmak

için kullanılması tavsiye edilebilir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda fluniksin megluminin gebeliğin maternal kabulünü sağlayan mekanizmalarla arasındaki ilişkinin incelenmesi daha faydalı sonuçlara ulaşılmasını sağlayabilir.

KAYNAKLAR

- Noakes ED, Parkinson TJ, England GCW. (2001). Arthur's Veterinary Reproduction and Obstetrics. 8th ed., Saunders Company, London, UK.
- Gordon I. (2004). Reproductive Technology in Farm Animals. Cromwell Press, Trowbridge, UK.
- Walsh SW, Williams EJ, Evans AC. (2011). A review of the causes of poor fertility in high milk producing dairy cows. Anim Reprod Sci, 123(3-4): 127-138.
- Alaçam E. (1999). Hormonların klinik kullanımları. In "Evcil hayvanlarda doğum ve infertilite", Ed; Alaçam E, Medisan Yayınevi, Ankara, TÜRKİYE.
- Rajamahendran R, Ambrose JD, Schmitt EJ, Thatcher MJ, Thatcher WW. (1998). Effects of buserelin injection and deslorelin (GnRH-agonist) implants on plasma progesterone, LH, accessory CL formation, follicle and corpus luteum dynamics in Holstein cows. Theriogenology, 50(7): 1141-1155.
- Merrill ML, Ansotegui RP, Burns PD, MacNeil MD, Geary TW. (2007). Effects of flunixin meglumine and transportation on establishment of pregnancy in beef cows. J Ani Sci, 85(6): 1547-1554.
- Rabaglino MB, Risco CA, Thatcher MJ, Lima F, Santos JE, Thatcher WW. (2010). Use of a five-day progesterone-based timed AI protocol to determine if flunixin meglumine improves pregnancy per timed AI in dairy heifers. Theriogenology, 73(9): 1311-1318.
- Lucacin E, Pinto-Neto A, Mota MF, Acco A, Souza MIL, Alberton J, Silva AV. (2010). Effects of flunixin meglumine on reproductive parameters in beef cattle. Anim Reprod, 7(2): 75-79.
- Odensvik K, Gustafsson H, Kindahl H. (1998). The effect on luteolysis by intensive oral administration of flunixin granules in heifers. Anim Reprod Sci, 50, 35-44.
- Merrill ML, Ansotegui RP, Wamsley NE, Burns PD, and Geary TW. (2003). Effects of Flunixin Meglumine on Embryonic Loss in Stressed Beef Cows. Proceedings, Western Section, American Society of Animal Science, Vol. 54.
- Doğruer G, Sarıbay MK, Karaca F. (2007) Repeat Breeder Sorunlu Düvelerde Fluniksın Meglumin Uygulamalarının Gebelik Oranı Üzerine Etkisi. FÜ Sağ Bil Derg, 21(6): 263-268.
- Binelli M, Thatcher WW, Mattos R and Baruselli PS. (2001). Antiluteolytic strategies to improve fertility in cattle. Theriogenology, 56(9): 1451-1463.
- Senger PL. (2003) Pathways to Pregnancy and Parturition. 2nd ed., Current Conception, Inc., Pullman.
- Saraf S. (2008) NSAIDs: Non-steroidal Anti-Inflammatory Drugs: An Overview, PharmaMed Press.
- Rao P, Knaus EE. (2008) Evolution of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs): cyclooxygenase (COX) inhibition and beyond. J Pharm Pharm Sci, 11(2): 81-110.
- Muzii L, Marana R, Brunetti L, Margutti F, Vacca M, Mancuso S. (1998) Postoperative adhesion prevention with low-dose aspirin: effect through the selective inhibition of thromboxane production. Hum Reprod, 13(6): 1486-1489.
- Slattery MM, Friel AM, Healy DG, Morrison JJ. (2001). Uterine Relaxant Effects of Cyclooxygenase- 2 Inhibitors In Vitro. Obstet Gynecol, 98(4): 563-569.
- Salhab AS, Amro BI, Shomaf MS. (2003). Further investigation on meloxicam contraceptivity in female rabbits: luteinizing unruptured follicles, a microscopic evidence. Contraception 67: 485-489.
- Paksoy Z, Kırbaş A. (2014). Termination of pregnancy using carprofen, flunixin meglumine and meloxicam in rats. International Congress of Life Sciences, Iasi, ROMANIA.
- Paksoy Z, Kırbaş A. (2017). Evaluation of the contraceptive effects of carprofen, flunixin meglumine and meloxicam in rats. Veterinarni Medicina, 62(5): 274-278.
- Boothe DM. (2001). The Analgesic, Antipyretic, Anti-inflammatory Drugs. In "Veterinary pharmacology and therapeutics", Ed; Adams HR, Blackwell Publishing, Iowa, USA.
- Amiridis GS, Leontides L, Tassos E, Kostoulas P, Fthenakis, GC. (2001). Flunixin meglumine accelerates uterine involution and shortens the calving- to- first- oestrus interval in cows with puerperal metritis. J Vet Pharmacol Ther, 24(5): 365-367.
- Yeiser EE, Leslie KE, McGilliard ML, Petersson-Wolfe CS. (2012). The effects of experimentally induced Escherichia coli mastitis and flunixin meglumine administration on activity measures, feed intake, and milk parameters. J Dairy Sci, 95(9): 4939-4949.
- Şenünver A, Nak Y. (2013). İnfertilite. In "Çiftlik Hayvanlarında Doğum ve Jinekoloji", Eds; Semacan A, Kaymaz M, Fındık M, Rişvanlı A, Köker A. Medipres, Malatya, TÜRKİYE.
- Amiridis GS, Tsiligianni T, Dovolou E, Rekkas C, Vouzas D, Menegatos I. (2009). Combined administration of gonadotropin-releasing hormone, progesterone, and meloxicam is an effective treatment for the repeat-breeder cow. Theriogenology, 72(4): 542-548.
- Von Krueger X, Heuwieser W. (2010). Effect of flunixin meglumine and carprofen on pregnancy rates in dairy cattle. J Dairy Sci, 93(11): 5140-5146.
- Heuwieser W, Iwersen M, Goetze L. (2011). Efficacy of carprofen on conception rates in lactating dairy cows after subcutaneous or intrauterine administration at the time of breeding. J Dairy Sci, 94(1): 146-151.
- Merrill ML, Ansotegui RP, Paterson JA, and Geary TW. (2004). Effect of Flunixin Meglumine on Early Embryonic Mortality in Stressed Beef Females. Proceedings, Western Section, American Society of Animal Science, Vol. 55: 304-307.
- Emre B, Zonturlu AK, Korkmaz Ö. (2012). Sütçü ineklerde Ovsynch protokolünü takiben uygulanan Fluniksın Meglumin'in gebelik oranı üzerine etkisi. Harran Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi, 1(2): 88-91.
- Geary TW, Ansotegui RP, MacNeil MD, Roberts AJ, Waterman RC. (2010). Effects of flunixin meglumine on pregnancy establishment in beef cattle. J Anim Sci, 88(3): 943-949.
- Dursun Ş. (2011). Laktasyonda olmayan isviçre esmeri inek ve düvelerde ketoprofen ve flunixin meglumin uygulamasının gebe kalma oranı üzerine etkisi. Doktora tezi, SÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Özyurtlu N, Çetin Y, Küçükaslan İ, Kocamüftüoğlu M. (2016). İneklerde Tohumlama Sonrası Fluniksın Meglumin, Meloksikam ve PGE2 Uygulamalarının Gebelik Oranları Üzerine Etkisi. Harran Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi, 5(2): 105-109.

Kemoterapiye Bağlı Bulantı-Kusma Yönetiminde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerinin Kullanımı

Chemotherapy-Induced Nausea-Vomiting to Manage the Use of Complementary and Alternative Therapy Methods

Afitap ÖZDELİKARA¹, Burak ARSLAN²

ÖZET

Bulantı ve kusma, kemoterapi tedavisine bağlı olarak karşılaştığımız semptomlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Kanser hastalarının %40-70'inde hastalığın seyri sırasında bulantı ve kusma görülebilmektedir. Medikal girişimlerin yeterli olmadığı hoş olmayan bu deneyim hastaların alternatif yollar aramasına sebep olmaktadır. Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri olarak adlandırılan bu alternatif yollar, kanser hastalarında bulantı-kusma semptomunun yönetiminde kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin başlıcaları literatürde: bitkisel yöntemler, müzik terapi, masaj, refleksoloji, gevşeme egzersizleri, akupunktur-akupresür, hipnoz şeklinde ifade edilmiştir. Kanser hastaları ile çalışan hemşirelerin bu yöntemlerle ilgili bilgi sahibi olmaları, hasta ve yakınlarını doğru adrese yönlendirmeleri danışmanlık rollerinin bir gereği olması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bulantı, Hemşirelik, Kusma, Tamamlayıcı terapi.

ABSTRACT

Nausea and vomiting, as we face one of the symptoms due to chemotherapy threatment. Nausea and vomiting can be seen in 40-70% of cancer patients during the course of the disease. Medical intervention is not enough of this unpleasant experience so patients search new alternative ways. This alternative ways of so-called complementary and alternative medicine methods can be used in vomiting and nausea. Some of these methods in the literature are herbal methods, music therapy, massage , reflexology, relaxation exercises, acupuncture - acupressure, hypnosis. Nurses who working with cancer patients should be know about these methods and should be direct correct address to patient and their relatives. This is related with nurses' consulting roles.

Key Words: Nausea, Nursing, Vomiting, Complementary therapy.

¹Yrd.Doç.Dr; Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

²Arş.Gör; Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser ülkemizde ve dünyanın birçok ülkesinde mortalite açısından kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Bu da kanseri önemli bir sağlık sorunu olarak gündemde tutmaktadır.¹

Kemoterapi ise birçok kanser türü için tedavinin ayrılmaz parçalarından biri olmasına karşın, sebep olduğu semptomlarla da yaşam kalitesini oldukça etkilemektedir. Kemoterapi ile ortaya çıkan bir çok semptom hasta için tedaviyi daha da zorlaştırmaktadır. Bu semptomlardan biri de şüphesiz ki bulantı, kusmadır. Bulantı; kusma isteği ile birlikte epigastriumda hissedilen ve beş duyudan herhangi birinde uyarılarla ortaya çıkan, hoş olmayan subjektif bir duyu olarak tanımlanırken, Kusma; kısmen sindirilmiş gıda ve sekresyonun üst gastrointestinal sistemden güçlü olarak ağız yoluyla dışarı atılmasıdır.² Kanser hastalarının %40-70'inde hastalığın seyri sırasında bulantı ve kusma görülebilmektedir.³

Tedaviye bağlı bulantı türleri;

Beklentisel; Bulantı kusmaya neden olan kemoterapinin ve tedavi ortamındaki uyarıların tekrar tekrar düşünülmesi sonucunda oluşan durumsal cevaptır.

Akut; kemoterapi uygulamasını takiben 0-24 saat sonra ortaya çıkar.

Gecikmiş; kemoterapi uygulamasını takiben 1-4 gün devam eder (mekanizması tam açıklanamamıştır).⁴

Kemoterapi sonrası akut bulantı kusma %13-58 oranında görülürken, 24 saat sonra gelişen gecikmiş bulantı kusma %15-75 oranında görülmektedir.⁵ Bulantı- kusma, hastaların %20'sinin tedavisini ertelemesine ya da tedavisini reddetmesine neden olmaktadır.⁶

Medikal girişimlerin yeterli olmadığı hoş olmayan bu deneyim hastaları alternatif yollar bulmaya itmiş görünmektedir. Literatür verilerine bakıldığında tamamlayıcı-alternatif tıp (TAT) yöntemleri

kullanımının kanser hastalarında bulantı-kusma semptomu yönetimi konusunda sık görüldüğü dikkati çekmektedir.⁷ Ülkemizde TAT kullanım prevalansının %46.2 olduğu ve bu oranın diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir.^{8,9} Tamamlayıcı ve alternatif tedavilere duyulan bu yoğun ilginin, toplumun kültürel ve etnik özelliklerinden kaynaklanması olasıdır.^{10,11}

Bulantı-kusmaya yönelik TAT yöntemleri arasında bitkisel tedaviler, gevşeme teknikleri, hipnoz, yoga, müzik, masaj teknikleri gibi yöntemler tercih edilmektedir.^{6,7,12}

Bitkisel Yöntemler

Kemoterapi alan hastaların sıklıkla başvurduğu yöntemlerden biri bitkisel içerikli olanlardır. Halk arasında bilinen isimleriyle 'ısrırgan otu, yeşil çay, aloe vera, zencefil sık kullanılanlar arasındadır¹³. Bu bitkisel ürünlerin çoğunun kanser tedavisinde etkinliği bilinmezken, aloe vera ve karadut şurubunun oral mukozitler için kullanılabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur.^{14,15} Kemoterapiye bağlı bulantı kusmanın önlenmesine yönelik dikkat çeken bitkisel yöntem zencefil kullanımınıdır. Kemoterapi alan hastalar ile yapılan randomize kontrollü çalışmada deney grubu hastalarına verilen zencefil (2x400mg/ gün) kapsülün kemoterapiye bağlı gelişen bulantı ve kusmanın önlenmesinde etkili olduğu bildirilmiştir.¹⁶ Zencefilin, Almanya farmakopenisinde bulantı kusmaya karşı ilaç olarak kullanıldığı bilinmektedir.¹⁷

Bir başka sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında ise kemoterapiye bağlı gelişen bulantı ve kusmanın önlenmesinde zencefilin etkili olmadığı, katkı sağlamadığı saptanmıştır.¹⁸ Bu konuda daha fazla kanıt düzeyi yüksek çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Progresif Gevşeme Yöntemleri

Progresif gevşeme, bedenin tümünde gevşeme oluncaya kadar, kasların istemli, düzenli ve birbirini izleyen bir şekilde

gerilme ve gevşemesini içerir. Bu teknik için hastanın rahat bir koltukta oturması gereklidir. Hafif bir müzik yada hoşnutluk verici görsel işaretlerin olması önemlidir. Hasta derin bir nefes alarak ve yavaşça vererek eğitime başlar. Bunu germe egzersizleri izler. Hasta her kas grubunu yaklaşık 10 sn. gergin tutar, bu arada hemşire gerginlik ve gevşeme arasındaki farkı hissetmesine yardımcı olur.¹⁹

Kemoterapi öncesi 25 dakika progresif gevşeme egzersizi ve 5 dakika hayal kurma yaklaşımı kullanıldığı randomize kontrollü bir çalışmada akut ve gecikmiş bulantı-kusma yönetiminde progresif gevşeme egzersizi ile yapılan hayal kurma yaklaşımının, tek başına uygulanan standart antiemetik tedavisine göre daha etkili olduğu bulunmuştur.²⁰ Yoo ve arkadaşları (2005) tarafından kemoterapi alan meme kanseri tanımlı hastalarla yapılan farklı bir çalışmada ise progresif gevşeme egzersizlerinin ve hayal kurmanın bulantı kusmanın yönetiminde etkili olduğu saptanmıştır.²¹ Luebbert ve ark. tarafından yapılan bir meta analizde ise gevşeme egzersizlerinin kullanımı durumunda bulantı ve kusma semptomunun tutarlı ve anlamlı bir şekilde azaldığı bildirilmiştir.^{7,22,23}

Terapötik Masaj

Masajın kas gerginliğini azaltma, ağrı ve gerginliği azaltma, sirkülasyonu artırma gibi faydalarının olduğu bilinmektedir. Ayrıca masajın bir çeşit terapötik dokunma olduğu vurgulanmaktadır.⁷ Meme kanserli hastalarla yapılmış randomize kontrollü çalışmalarda masaj uygulanan hasta gruplarında bulantı hissinin önemli ölçüde daha az yaşandığı bildirilmiştir. Bir meta-analiz çalışmasında da masajın bulantı-kusma yönetiminde etkili olduğu bildirilmiştir. Literatürde; masajın sırta hafif bir şekilde uygulanması, beş ana vuruş tekniğinin kullanılması, kanser kitlesinin ya da anatomik bozukluğun olduğu yerlere uygulanmaması yönünde önerilerde bulunulmuştur.^{6,24,25,26}

Refleksoloji

Refleksoloji son zamanlarda sıklıkla gündeme gelen kulak, el ve ayaklarda

bulunan ve farklı organ ve bölgelerle bağlantılı olduğu kabul edilen refleks yollarının masaj yöntemiyle uyarılması olarak tanımlanmaktadır.²⁷ Bazı vücut fonksiyonlarını düzenleme, gevşetme ve rahatlatma özelliği bulunmaktadır. Düzenlenmesinde rol oynadığı vücut fonksiyonlarından bir kısmı da sindirim sistemi ile ilgili olan hazımsızlık, konstipasyon, bulantı ve kusmadır.²⁷ Refleksoloji uygulanan kanser hastaları ile yapılmış bir çok çalışmada bulantı, yorgunluk başta olmak üzere ağrı, anksiyete, uyku problemleri gibi semptomlarda azalma, yaşam kalitesinde ise artış tespit edilmiştir.^{28,29,30,31,32,33,34,35} Özdelikara'nın randomize kontrollü çalışmasında meme kanserli hastalara kemoterapi sırasında yapılan refleksoloji uygulamasının hastalardaki bulantı ve kusmayı giderek azalttığı bildirilmiştir.²⁷ Literatürde de refleksolojinin bulantı ve kusmayı azalttığına yönelik çalışmalar mevcuttur.^{27,31,33,36,37,38,39,40,41}

Hipnoz

Hipnoz da kemoterapiye bağlı bulantı ve kusma yönetiminde faydalı olduğu ifade edilen bir TAT yöntemidir. Hipnoz bilinçlilik durumunun farklı bir düzeyi olarak ifade edilir.^{7,23}

Hipnozun özellikle kemoterapiye başlamadan önce yapılmasının beklenti bulantı kusmalarını önlemede ve dolayısıyla beklenti bulantı kusmalarında etkili olduğunu bildirilmiştir.⁴² Hipnozun özellikle çocuk hastalarda kemoterapiye bağlı bulantı kusma üzerine etkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.⁴³

Literatürde önemli veri kaynakları olan MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, Cochrane Library gibi veri tabanları incelendiğinde kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmanın azaltılmasında hipnoz yönteminin kullanımının etkin sonuçlar doğurduğu görülmektedir. Bu çalışmaların tamamına yakını çocuk hastalarla ilgilidir.⁴³ Ancak Syrjala ve arkadaşlarının 19-49 yaş arası kanser tanısı almış 45 hasta ile yaptığı çalışmasında bulantı, kusma ve opioid alımı

için deney ve kontrol grupları arasında farklılık belirtmemiştir.⁴⁴

Müzik Terapi

Kanser hastalarında birçok semptomu yönetmekte önerilen bir diğer non-farmakolojik yöntem de müziktir. Kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmanın önlenmesinde de diğer non-farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanımı önerilmektedir. Hastaya dinletilen müziğin özelliği ise yavaş, yatıştırıcı, kısık seste olmalıdır. Literatür incelendiğinde müzik ile ilgili birçok çalışmanın daha çok kemik iliği nakli ya da solid organ nakli yapılan hastalarla gerçekleştirildiği ve sonuç olarak bu hasta gruplarında müzik dinletisinin bulantı ve kusmayı azaltmada etkili olduğu görülmektedir.⁷ Rhodes ve arkadaşlarının müzik tedavisinin ve görsel hayal kurmanın anksiyete ve bulantı-kusmanın şiddeti ve süresi üzerine etkisini araştırdığı çalışmasında, bulantı-kusmanın şiddetini önemli ölçüde azalttığını ve kusma süresinin de azaldığını saptamıştır.⁴⁵ Ayrıca müziğin semptom yönetiminde birçok semptom için kullanılabileceği de bildirilmektedir.^{7,23,46,47,48}

Akupunktur-Akupressür

Kemoterapi semptomlarının birçoğunun yönetiminde etkin olan bir TAT yöntemi olarak geleneksel Çin tıbbının dünyaya sunduğu akupunktur ve akupressürdür. Akupunkturda amaç çelik ve gümüş iğnelerle deri ve deri altındaki kas dokusunu

etkileyerek bu enerji akışını tekrar düzenlemektir.⁷

Akupunkturun kemoterapi ve kanserin olumsuz etkileri olan ağrı, yorgunluk, anksiyete, bulantı-kusma, ağız kuruluğu, depresyon semptomlarının azalmasına ve yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunduğu literatürde tanımlanmıştır.^{6,7} Ayrıca yüksek emotojenik etki gösteren kemoterapi tedavisi alan 104 hasta ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada elektro akupunkturun bulantı-kusmayı azalttığı belirlenmiştir.⁴⁹

Akupressür ise; vücutta enerji taşıyan meridyenler üzerinde akupunktur noktalarına parmak, avuç içi veya özel stimülasyon bantlarıyla basınç uygulayarak, enerji kanallarının-kan dolmasını gibi-düzenli çalışmasını sağlayan bir tedavi yöntemidir.⁷ Genç ve Tan'ın meme kanserli hastalar ile yaptıkları çalışmalarında P6 noktasına akupressür tekniği ile yapılan basının bulantıyı azaltmada etkisi olduğu bildirilmiştir. Meme kanserli hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada P6 noktası denilen özel bir noktaya yapılan akupressür uygulamasının hastaların bulantı-kusma ve anksiyete düzeyinde düşüşe sebep olduğu belirtilmiş ve bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerektiği vurgulanmıştır.⁵⁰ Bulantı kusmada akupressürün etkinliğini gösteren başka çalışmalar da olmasına karşın.^{7,51,52,53} Jones ve arkadaşları çalışmalarında akupressürün bulantı kusma üzerine etkisi olmadığını bildirmiştir.⁵⁴

SONUÇ VE ÖNERİLER

TAT kullanımı birçok kronik hastalıkta olduğu gibi kanser tanısı almış bireyler arasında da günden güne artış göstermektedir. Ancak TAT kullanımı konusunda seçici davranılmalı yeterli düzeyde kanıt bulunmayan yöntemlerin kullanılması hususunda sağlık profesyonellerinin görüşleri alınmalıdır. Kemoterapiye bağlı bulantı kusma semptomu düşünüldüğünde; alanında uzman kişiler tarafından gerçekleştirilen progressif gevşeme egzersizleri, refleksoloji

yöntemlerinin güvenli bir şekilde kullanılabileceği ancak hipnoz, müzik terapi, akupressür ve bitkisel yöntemler konusunda kanıt düzeyi yüksek daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu sonucuna varılmıştır. Özellikle bitkisel yöntemler çeşitliliği nedeniyle dikkatle incelenmesi gereken alanı oluşturmaktadır. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliğinin yayınlanmasından sonra onbeş farklı geleneksel ve tamamlayıcı Tıp Uygulaması (akupunktur, apiterapi,

fitoterapi, hipnoz, sülük uygulaması, homeopati, kayropratik, larva uygulaması, kupa uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji, müzikterapi) Sağlık bakanlığı tarafından resmi olarak tanımlanmıştır (Resmi Gazete 27 Ekim 2014).⁵⁵ Söz konusu yönetmelikte hemşirelerin uygulamada kullanabileceği alanlar sınırlandırılmıştır. Ancak hasta ile sürekli iletişim halinde bulunan, bakımı ve etkinliğini değerlendiren, bütüncül bir yaklaşım ile hastaya hizmet veren hemşirelerin TAT yöntemlerine ilişkin

hastaların ihtiyacı olan bilgiyi verme ve hastayı doğru ve güvenli adrese yönlendirme sorumluluğu vardır. Ayrıca hemşireler kanıt ihtiyacı duyulan TAT yöntemleri için araştırmaların planlanması ve yürütülmesinde etkin rol almalıdırlar. Hemşirelerin danışman ve araştırmacı rolleri bu sorumluluğu hemşirelere vermektedir. Bu nedenle hemşirelerin TAT yöntemlerine ilişkin donanımlarının arttırmaları ve güvenli uygulamalara hastaları yönlendirmelerinin önemi benimsenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye İstatistik Kurumu (2013). Ölüm Nedeni İstatistikleri, Ankara
2. Gökdoğan F. (2008). *Bulantı ve Kusma*. Bolu:Basımevi.
3. American Cancer Society (2016). Cancer Fact and Figures, America
4. Fishman M., Orlovski M. (2003). Cancer Chemotherapy Guidelines and Practical Suggestions. Çeviri: Can G. *Kanser Kemoterapi Rehberi ve Uygulamaya Yönelik Öneriler*. 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 61
5. Molassiotis, A., Saunders, M. P., Valle, J., Wilson, G., Lorigan, P., Wardley, A., & Rittenberg, C. (2008). A prospective observational study of chemotherapy-related nausea and vomiting in routine practice in a UK cancer centre. *Supportive Care in Cancer*, 16(2), 201-208.
6. Kutlutürkan, S., & Karataş, T. (2014). Kemoterapiye Bağlı Kusmada Tamamlayıcı Tıp. *Bozok Tıp Dergisi*, 4(3), 63-65.
7. Arslan, M., & Özdemir, L. (2015). Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. *Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi*, 30(2), 82-90.
8. Saghatchian, M., Bihan, C., Chenailler, C., Mazouni, C., Dauchy, S., & Delalogue, S. (2014). Exploring frontiers: use of complementary and alternative medicine among patients with early-stage breast cancer. *The Breast*, 23(3), 279-285.
9. Kav, S., Pinar, G., Gullu, F., Turker, T., Elibol, S., Dogan, N., & Algier, L. (2008). Use of complementary and alternative medicine in patients with gynecologic cancer: Is this usage more prevalent?. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(4), 347-349.
10. Dahl, N. V. (2001). Alternative Medicine and Nephrology Series Editor: Naomi V. Dahl: Herbs and Supplements in Dialysis Patients: Panacea or Poison?. In *Seminars in dialysis*, 14(3), 186-192.
11. Niggemann, B., & Grüber, C. (2003). Side-effects of complementary and alternative medicine. *Allergy*, 58(8), 707-716.
12. Özçelik, H., & Fadiloğlu, Ç. (2009). Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 24(1), 48-52.
13. Yildirim, Y., Tinar, S., Yorgun, S., Toz, E., Kaya, B., Sonmez, S., & Balsak, D. (2005). The use of complementary and alternative medicine (CAM) therapies by Turkish women with gynecological cancer. *European journal of gynaecological oncology*, 27(1), 81-85.
14. Ünal Çubukçu, N., & Çınar, S. (2012). Kemoterapi alan kanserli hastalarda oral mukozitler önenebilir mi? *MÜSBED*, 2(4), 155-163.
15. Worthington, H. V., Clarkson, J. E., Bryan, G., Furness, S., Glenn, A. M., Littlewood, A., ... & Khalid, T. (2011). Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. *The Cochrane Library*.
16. Alparslan, C. B., Ozkarman, A., Eskin, N., Yılmaz, S., Akay, M., Acikgoz, A., & Orsal, O. (2012). Effect of ginger on chemotherapy-induced nausea and/or vomiting in cancer patients. *Journal Of The Australian Traditional-Medicine Society*, 18(1), 15.
17. Montazeri, A. S., Raci, M., Ghanbari, A., Dadgari, A., Montazeri, A. S., & Hamidzadeh, A. (2013). Effect of herbal therapy to intensity chemotherapy-induced nausea and vomiting in cancer patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(2), 101-6.
18. Lee, J., & Oh, H. (2013, March). Ginger as an antiemetic modality for chemotherapy-induced nausea and vomiting: a systematic review and meta-analysis. In *Oncology nursing forum* 40(2).
19. Yung, P., Fung, M. Y., Chan, T. M., & Lau, B. W. (2004). Relaxation training methods for nurse managers in Hong Kong: a controlled study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(4), 255-261.
20. Molassiotis, A., Yung, H. P., Yam, B. M., Chan, F. Y., & Mok, T. (2002). The effectiveness of progressive muscle relaxation training in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients: a randomised controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 10(3), 237-246.
21. Yoo HJ, Ahn SH, Kim SB, Kim WK, et al (2005). Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects inpatients with breast cancer and in improving their quality of life. *Support Care Cancer*, 13(10), 826-833.
22. Luebbert, K., Dahme, B., & Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psycho-oncology*, 10(6), 490-502.
23. Kutlutürkan, s. (2014). Gastro-intestinal Sorunların Yönetimi/Bulantı ve Kusma. Can, G. (Ed.). *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya Konsensus 2014*. Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd. Şti., İstanbul, 145-159.
24. Billhult A, Bergbom I, Stener-Victorin E.(2007) Massage relieves nausea in women with breast cancer who are undergoing chemotherapy. *J Altern Complement Med*,13(1), 53-57.
25. Listing M, Reissauer A, Krohn M, Voigt B, Tjahono G, Becker J, et al.(2009) Massage therapy reduces physical discomfort and improves mood disturbances in women with breast cancer. *Psychooncology*, 18(12), 1290-1299.
26. Myers CD, Walton T, Bratsman L, Wilson J, Small B.(2008). Massage modalities and symptoms reported by cancer patients: narrative review. *J Soc Integr Oncol*, 6(1), 19-28.
27. Özdelikara, A. (2013). *Meme Kanserli Hastalarda Refleksolojinin Kemoterapiye Bağlı Bulantı, Kusma Ve Yorgunluk Üzerine Etkisi* (Doctoral dissertation).
28. Quattrin, R., Zanini, A., Buchini, S., Turello, D., Annunziata, M. A., Vidotti, C., ... & Brusaferrro, S. (2006). Use of reflexology foot massage to reduce anxiety in hospitalized cancer patients in chemotherapy treatment: methodology and outcomes. *Journal of Nursing Management*, 14(2), 96-105.

29. Stephenson, N. L., Weinrich, S. P., & Tavakolil, A. S. (2000). The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer. In *Oncology Nursing Forum-Oncology Nursing Society*, 27(1), 67-76. [Pittsburgh, PA, etc.] Oncology Nursing Society..
30. Kohara, H., Miyachi, T., Suehiro, Y., Ueoka, H., Takeyama, H., & Morita, T. (2004). Combined modality treatment of aromatherapy, footsoak, and reflexology relieves fatigue in patients with cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 7(6), 791-796.
31. Grealish, L., Lomasney, A., & Whiteman, B. (2000). Foot massage: a nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. *Cancer Nursing*, 23(3), 237-243.
32. Wilkinson, S., Lockhart, K., Gambles, M., & Storey, L. (2008). Reflexology for symptom relief in patients with cancer. *Cancer Nursing*, 31(5), 354-360.
33. Stephenson, N. L., Swanson, M., Dalton, J., Keefe, F. J., & Engelke, M. (2007). Partner-delivered reflexology: effects on cancer pain and anxiety. In *Oncology nursing forum*, 34(1).
34. Hodgson, H. (2000). Does reflexology impact on cancer patients' quality of life?. *Nursing Standard*, 14(31), 33-38.
35. Yang, J. H. (2005). The effects of foot reflexology on nausea, vomiting and fatigue of breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 35(1), 177-185.
36. Kim, J. I., Lee, M. S., Kang, J. W., & Ernst, E. (2010). Reflexology for the symptomatic treatment of breast cancer: a systematic review. *Integrative Cancer Therapies*, 9(4), 326-330.
37. Cassileth, B. R., & Vickers, A. J. (2004). Massage therapy for symptom control: outcome study at a major cancer center. *Journal of pain and symptom management*, 28(3), 244-249.
38. Tabur, H., & Basaran, E. B. Z. (2009). Introduction to Reflexology.
39. Wilhelm A. Z. (2009). *Adım Adım Sağlık Refleksoloji*. İstanbul: Dharma .
40. Bolsoy N. Perimenstürel Distresin Hafifletilmesinde Refleksolojinin Etkinliğinin İncelenmesi (2008). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi.
41. Kim, M. Y., & Oh, P. J. (2011). Meta-analysis of the effectiveness on foot-reflexo-massage for cancer patients. *Journal of Korean Oncology Nursing*, 11(2), 127-135.
42. Kravits, K. G. (2015). Hypnosis for the Management of Anticipatory Nausea and Vomiting. *Journal of the advanced practitioner in oncology*, 6(3), 225.
43. Richardson, J., Smith, J. E., McCall, G., Richardson, A., Pilkington, K., & Kirsch, I. (2007). Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care*, 16(5), 402-412.
44. Syrjala, K. L., Cummings, C., & Donaldson, G. W. (1992). Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain*, 48(2), 137-146.
45. Rhodes, V. A., & McDaniel, R. W. (2001). Nausea, vomiting, and retching: complex problems in palliative care. *CA: A cancer journal for clinicians*, 51(4), 232-248.
46. Karagozolu, S., Tekyasar, F., & Yilmaz, F. A. (2013). Effects of music therapy and guided visual imagery on chemotherapy-induced anxiety and nausea-vomiting. *Journal of clinical nursing*, 22(1-2), 39-50.
47. Madson AT, Silverman MJ (2010). The effect of music therapy on relaxation, anxiety, pain perception, and nausea in adult solid organ transplant patients. *J Music Ther*, 47(3), 220-32.
48. Ezzone, S., Baker, C., Rosselet, R., & Terepka, E. (1998, October). Music as an adjunct to antiemetic therapy. In *Oncology Nursing Forum*, 25(9), 1551-1556.
49. Deng, G., Cassileth, B. R., & Yeung, K. S. (2004). Complementary therapies for cancer-related symptoms. *The journal of supportive oncology*, 2(5), 419-26.
50. Genç, F., & Tan, M. (2015). The effect of acupressure application on chemotherapy-induced nausea, vomiting, and anxiety in patients with breast cancer. *Palliative and Supportive Care*, 13(02), 275-284.
51. Genç A, Can G, Aydiner A. (2012). The efficiency of the acupressure in prevention of the chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Support Care Cancer*, 21(1), 253-61
52. Suh EE (2012). The effects of P6 acupressure and nurse-provided counseling on chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 39(1), E1-9.
53. Dibble, S. L., Luce, J., Cooper, B. A., Israel, J., Cohen, M., Nussey, B., & Rugo, H. (2007). Acupressure for chemotherapy-induced nausea and vomiting: a randomized clinical trial. In *Oncology nursing forum*, 34(3), 813.
54. Jones E, Isom S, Kemper KJ, McLean TW (2008). Acupressure for chemotherapy-associated nausea and vomiting in children. *J Soc Integr Oncol*;6(4):141-5.
55. Resmi Gazete, www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm. Erişim tarihi: 11.08.16

Kolorektal Kanserden Korunma ve Hemşirenin Sorumlulukları

Colorectal Cancer Prevention and Responsibilities of Nurse

Gülsüm Nihal ÇÜRÜK¹, Hatice YÜCELER KAÇMAZ²

ÖZET

Mevcut birçok tarama ve tanılama yöntemi olmasına rağmen, kolorektal kanserler (KRK), dünya genelinde ve ülkemizde önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. KRK ile ilişkili morbidite ve mortalitenin azaltılmasında tarama yöntemlerinin önemli olduğunu gösteren kanıtlar bulunmaktadır. KRK'den korunmada bireylere risk değerlendirmesinin yapılması ve bireylerin uygun tarama yöntemlerine yönlendirilmeleri gerekir.

Hemşireler risk değerlendirmesi ve tarama yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmalı ve bu konularda eğitim vermelidir. Kanser kontrolünde hemşire kanseri önleme, kanser tarama ve tanılama programlarında danışmanlık yapma, kanserli bireye bakım verme, birey, aile ve topluma sağlık eğitimi yapma ve araştırma yapma rollerine sahiptir. Uygun KRK tarama yöntemlerinin kullanılması ile KRK ilişkili morbidite-mortalite azaltılabilir ve bireyin yaşam kalitesi artırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanser, Kanserden korunma, Sağlık geliştirilmesi, Hemşirelik.

ABSTRACT

Colorectal cancers (CRCs) remain a major health care concern in the Turkey as well as globally despite the vast array of screening and detection methods available. There is clear evidence that screening is the key to reducing the morbidity and mortality associated with this disease. Individuals need a risk assessment and recommendation for appropriate screening based on risk and availability.

Nurses should be well informed and have sufficient understanding and knowledge about risk assessment and education about screening. In cancer control, nurses assume multiple roles; preventing, counseling, providing care, conducting health education, and carrying out research. Appropriate CRC screening can ultimately decrease the morbidity and mortality associated with CRC and improve quality of life.

Keywords: Colorectal cancer, Cancer prevention, Health promotion, Nursing.

¹ Yard. Doç. Dr. İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir

¹ Ar. Gör. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kayseri

GİRİŞ VE AMAÇ

Kanserle ilgili morbidite ve mortalitenin önemli sebeplerinden biri olan kolorektal kanser (KRK), evrensel bir sorun olarak nitelendirilmektedir.¹ Dünya genelinde en sık görülen kanserler arasında üçüncü sırada yer alan KRK, erkeklerde üçüncü, kadınlarda ise en sık görülen ikinci kanser türüdür.² Ülkemizde görülme sıklığı erkeklerde yüz binde 22,8 kadınlarda yüz binde 13,8 olup hem kadınlarda hem de erkeklerde üçüncü sırada yer almaktadır.³

Dünya genelinde her geçen gün yükü artan kanserin mortalite, morbidite, tedavi maliyeti, tedavi süresi ve komplikasyonları dikkate alındığında kanserden korunma öncelikli ele alınması gereken konulardan biri olarak değerlendirilmektedir. Premalign bir dönemde tespit edildiğinde tedavi edilebilir bir hastalık olması nedeniyle KRK'da en önemli kontrol stratejisinin korunma ve erken teşhis olduğu belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü kanserden korunma ve erken teşhis amacıyla birincil korunma ve ikincil korunma programlarının uygulanmasını önermektedir.^{4,5,6}

Kolorektal Kanserde Birincil Korunma

Birincil/primer korunma, değiştirilmesi mümkün olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması veya bu risk faktörlerinin etkisinin azaltılmasına dayanan uygulamaları kapsamaktadır. Primer korunmada hedef kitle sağlıklı bireylerdir ve amaç, henüz kansere ilişkin hiçbir belirti, hücre değişimi yokken alınan önlemlerle kanserin oluşumunu engellemektir. Kanserden korunmada önemli yeri olan birincil korunma yaygın kitlelere ulaşması ve ucuz olması bakımından etkili bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir.^{5,7,8}

Bir hastalıkta birincil düzeyde korunma sağlamak için, kişinin hastalık etkeni ile karşılaşmasının önüne geçilmeli ve kişinin etkenle teması önlenmelidir. Birincil korunma önlemleri risk faktörlerinin kontrolü ve kemoprevansiyon (kimyasal koruma) stratejileri üzerine kurulmuştur.^{5,7,9}

a) Risk Faktörlerinin Kontrolü:

Tanımlanmış olan risk faktörlerinin kontrol altına alınmasını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanılmasını içermektedir.¹⁰

Amerikan Kanser Cemiyeti (American Cancer Society-ACS) KRK risk faktörlerini ve rölatif riskleri içeren bir rapor yayınlamıştır. Tablo 1'de bu risk faktörleri yer almaktadır. Tablo 1'e göre risk faktörlerine ait rölatif riskin 1'den fazla olması *yüksek risk*, 1'den az olması *düşük risk* olarak yorumlanmaktadır.⁴

Tablo 1. Kolorektal Kanser Risk Faktörleri

Risk Faktörleri	Rölatif Risk
Genetik ve Tıbbi Öykü	
Aile Öyküsü	
Bir birinci derece akraba	2,2
Birden fazla akraba	4,0
45 yaşından önce teşhis edilen akraba	3,9
İnflamatuvar Barsak Hastalıkları	
Crohn Hastalığı	2,6
Ülseratif Kolitler	
Kolon	2,8
Rektum	1,9
Diyabet	1,2
Davranışsal Faktörler	
Aşırı alkol tüketimi	1,6
Obezite	1,2
Kırmızı et tüketimi	1,2
İşlenmiş et tüketimi	1,2
Sigara içme	1,2
Riski Azaltan Faktörler	
Fiziksel Aktivite (Kolon)	0,7
Süt ürünleri tüketimi	0,8
Meyve tüketimi	0,9
Sebze tüketimi	0,9
Toplam diyet lifi tüketimi (10 gr/gün)	0,9

American Cancer Society (2014). Colorectal Cancer Facts & Figures 2014-2016. American Cancer Society, Atlanta.

Fiziksel aktivite: Kolorektal kanser risk faktörlerinden biri fiziksel aktivitenin yetersizliği ya da olmamasıdır. Yapılan çalışmalarda KRK ile fiziksel aktivite arasında negatif yönde korelasyon bulunmuştur.¹¹ Dünya genelinde görülen KRK'lerin %10-16'sından yetersiz fiziksel aktivite sorumlu tutulmaktadır.¹² Fiziksel olarak çok aktif kişilerin en az aktif kişilere göre KRK'ya yakalanma riskinin %25 daha düşük olduğu belirtilmektedir.¹³ Düzenli

egzersiz yapan bireylerde KRK dahil birçok kanser türünün gelişme riskinin azaldığı bildirilmektedir. ACS kanseri önlemek için günlük aktivitelere ek olarak haftada 150 dakika orta şiddetli, 75 dakika şiddetli aktivitenin haftaya yayılarak yapılmasını önermektedir.⁴

Vücut ağırlığı: Çalışmaların çoğu hem kadınlar hem erkekler için aşırı kilolu ve obez bireylerde KRK insidansının arttığını tespit etmiştir. Normal beden kütle indeksine sahip olunmasının riski azalttığı vurgulanmaktadır.¹⁴

Sigara ve Alkol: Sigara kullanımı KRK için hem artmış riskle hem de mortalite ile ilişkilendirilmektedir. İlk kullanım yaşı, sigara içme süresi ve yıllık paket sayısı yaşam boyu KRK riskini daha da artırmaktadır.¹⁵ Aynı zamanda sigara adenomatöz polip ve yüksek riskli polip (büyük ve displazik özellikte) gelişimi için de risk faktörüdür.¹⁶ Bu nedenle KRK'den korunmada sigaranın bırakılması önerilmektedir.⁴

Yaşamı boyu günde 2-4 ölçü alkollü içecek tüketen bireylerin günde 1 ölçü ve daha az alkollü içecek tüketen bireylere göre KRK'ye yakalanma riski %23 daha fazladır.¹⁷ Alkol tüketimi KRK'nin daha erken yaşta görülmesinde rol oynarken, distal kolonda görülme riskini de arttırmaktadır.^{18,19} Bu nedenle kadınların günde bir, erkeklerin ise günde iki ölçüden fazla alkol alımının kısıtlanması tavsiye edilmektedir.⁴

Beslenme: Kolorektal kanserin önlenmesinde beslenme alışkanlıkları önemli rol oynamaktadır.

KRK riskini azaltmak için sebze ve meyve bakımından zengin bir diyetin önemi vurgulanmakta ve günde en az 4-5 porsiyon sebze ve meyve tüketimi önerilmektedir.²⁰ Sebze ve meyvelerin içerdikleri vitamin, mineral, karotenoid ve diğer bileşenler nedeniyle kanseri önlemede faydalı olduğu öne sürülmektedir. Ayrıca sebze ve meyve tüketimi lif ve su içeriği ve tokluk oluşturarak fazla enerji alımının engellenmesi bakımından da kilo kaybına katkı sağlamaktadır.²¹

Diyetle alınan yağ miktarı ve kırmızı et ile KRK ilişkisi yoğun bir şekilde araştırılmıştır. Birçok epidemiyolojik çalışma işlenmiş et ve kırmızı etin fazla tüketimi ve kanser insidansı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir. İşlenmiş kırmızı et tüketiminin işlenmemiş kırmızı et tüketimine göre riski daha fazla arttırdığı belirtilmekte, bu nedenle özellikle yağı yüksek ve işlenmiş kırmızı et tüketiminin sınırlandırılması önerilmektedir.^{9,22} Mevcut kanıtlar günde yaklaşık 50 gr işlenmiş et ya da 100 gr kırmızı et tüketen bireylerde KRK riskinin %15-20 oranında arttığını göstermektedir.²² Ayrıca yüksek ısıda ve kömür ızgara ile pişirme işlemi sırasında mutajen ve karsinojen maddelerin açığa çıktığı, bu nedenle pişirme yönteminin de önemli olduğu vurgulanmaktadır.²³

Farkındalık oluşturma: Kolon kanseri konusunda farkındalığı arttırmak amacıyla çeşitli bilimsel ve sosyal etkinliklerin düzenlendiği Mart ayı KRK'da farkındalık ayı olarak belirlenmiştir.²⁴

b) Kemoprevansiyon: Bening ya da malign tümör gelişimini engelleme, geriye çevirme veya önlemede doğal veya sentetik bileşiklerin kullanılmasına kemoprevansiyon denilmektedir.^{25,26}

Bazı çalışmalarda aspirin ve diğer non-steroidal anti-enflamatuar ilaçların düzenli kullanımının KRK ve adenomatöz polip gelişimini azaltacağı bildirilmektedir. Özellikle adenoma sahip, yüksek riskli ve familial adenomatöz polipozisli (FAP) bireylerde kullanımının KRK gelişimini önleyebileceği üzerinde durulmaktadır. Bu ajanların 10 yıldan daha uzun süre yüksek dozlarda alımının faydalı olabileceği düşünüldüğü için olası zararları açısından dikkatli değerlendirme yapılması ve doktor önerisi haricinde kullanılmaması gerektiği bildirilmektedir.^{26,27}

Diyetle alınan yüksek lif oranı KRK ve adenom riskini azaltmaktadır. Yapılan bir çalışmada yüksek miktarda tahıl tüketiminin %25-35 oranında KRK riskini azalttığı tespit edilmiştir.²⁸ Ayrıca epidemiyolojik çalışmalarda sebze ve meyvenin bol tüketimi, KRK riskiyle ters orantılı bulunmuştur.

Diyetle alınan lif, dışkı hacmini ve buna bağlı transit hızını arttırarak intraluminal karsinojenlerin mukozaya ile temasını ve barsaktaki karsinojen safra asitlerinin konsantrasyonunu azaltmaktadır.⁴

Kolorektal kanser açısından bir başka muhtemel koruyucu faktör folik asittir. Folik asit ya da folat içeren günlük multi-vitaminlerin KRK riskini azaltabileceği bildirilmekle birlikte bu alanda yeterli kanıt bulunmamaktadır.²¹

Selenyum ve KRK ilişkini araştıran 15 vaka-kontrol çalışması incelendiğinde selenyum içeren gıdaların tüketilmesinin koruyucu yönde etkisi olabileceği bildirilmiştir.²¹

Bir meta-analiz çalışmasında adenom öyküsü olan bireylerde adenomun yeniden ortaya çıkmasını engellemede kalsiyum ve D vitamini takviyesinin etkili olabileceği belirtilmiştir. Günlük 1250 mg üzerinde kalsiyum alan bireyler günde 500 mg ve daha az kalsiyum alan bireylere göre distal kolon kanseri açısından değerlendirildiğinde günlük 1250 mg üzerinde kalsiyum tüketiminin KRK riskinde belirgin azalma sağladığı tespit edilmiştir. Vitamin D alımının ise kalsiyum emilimini artırmasından dolayı etkili olduğu düşünülmektedir. Gastroenteroloji derneği adenom hikayesi olanlarda adenomların tekrar oluşumunu engellemek amacıyla koruyucu olarak kalsiyum alınmasını önermektedir.^{21,29,30}

Kolorektal Kanserden Primer Korunmada Hemşireye Düşen Sorumluluklar

Sağlığın korunması ve sürdürülmesinde önemli role sahip olan hemşireler, birincil korunma önlemleri kapsamında riskli bireylerin hastalığı tanınmaları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmaları konusunda uygun girişimleri planlamalı ve uygulamalıdır. Riskli bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile risklerini en aza indirebilecekleri unutulmamalıdır. Özellikle KRK için risk oluşturabilecek faktörler konusunda eğitimler düzenlenmeli ve toplumun bilinçli hale gelmesi sağlanmalıdır.^{31,32,33}

Bu kapsamda hemşire;

- Bireylere sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanmasında danışmanlık rollerini yerini getirmeli, ulusal ve uluslararası aktiviteler planlamalıdır.
- Kolorektal kanserin nedenleri ve risk faktörleri hakkında sağlık eğitimi planlamalı ve uygulamalıdır.
- Obezite, fizik aktivite, beslenme ve KRK arasındaki ilişki hakkında sağlık eğitimi planlamalı ve uygulamalıdır.
- Farkındalık programlarının düzenlenmesi ve sürekliliğinin sağlanmasında rol almalıdır.
- Kolorektal kanserlerde primer korunma yöntemleri ile ilgili araştırmalar planlamalı ve sonuçlarını uygulamaya aktarmalıdır.
- Düzenli olarak literatürü takip etmeli ve bilgilerini güncellemelidir.

Kolorektal Kanserde İkincil Korunma

Kanserin erken dönemde belirlenerek etkin tedavi yollarının uygulanması için yapılan çalışmalara *ikincil korunma* adı verilmektedir. Erken tanının söz konusu olduğu ikincil korunmada herhangi bir klinik bulgu yoktur ancak hüresel düzeyde kanser başlamıştır.

İkincil korunmada erken tanı ve tarama yoluyla kanseri erken teşhis edip iyileşme şansını arttırmak, morbidite ve mortaliteyi azaltmak amaçlanmaktadır. Kanserin etiyolojik faktörleri tam olarak aydınlatılmadığı için erken tanı ve tarama programları daha da önem kazanmıştır. Günümüz koşullarında tüm kanser türlerini taramak mümkün olmayacağından kanser taramasında basit, kolay uygulanabilir ve güvenli yöntemlerin kullanılması gerekmektedir.^{8,9}

Yüksek insidans ve mortalite oranlarına sahip KRK için erken tanı ve tarama programları önerilmekte ve KRK'dan korunmada en etkili yolun erken tanı ve tarama programları olduğu belirtilmektedir.³² Dünya Sağlık Örgütü KRK'larda kanser vakalarının erken evrelerde yakalanmasına yönelik toplum tabanlı tarama programları

önermektedir. Ülkemizde KRK taramaları 2013 yılında başlamıştır.⁶

Kolorektal kanserler genelde adenomatöz poliplerin kansere dönüşmesi sonucu gelişir. Bu nedenle KRK'larda tarama testleri iki kategoride incelenmektedir. Birinci kategoride amaç poliplerin tespit edilmesidir. Bu kategoride KRK ve premalignant adenomatöz polipleri belirlemede kullanılan kısmi ya da tam yapısal testler yer almaktadır. İkinci kategoride amaç kanser gelişmişse erken evrede yakalamaktır. Bu kategoride özellikle KRK'yı belirlemede etkili fekal testler yer almaktadır. Uygun şekilde tarama programlarının belirlenmesi ve uygulanabilmesi için kanser risk değerlendirilmesi yapılmalıdır. Bireyler KRK'ya yakalanma risklerine göre 'ortalama', 'artmış' ve 'yüksek' riskli olmak üzere 3 gruba ayrılmakta; tarama yöntemlerinin tipi ve tarama sıklığı bu risk gruplarına göre belirlenmektedir. KRK gelişmesi açısından hiçbir birey sıfır riske sahip olamazken toplumun çoğunluğu ortalama riskli grupta yer almaktadır.^{8,9,34}

Ortalama Riske Sahip Bireyler

Kolorektal kanser insidansı ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır. KRK sıklığı 20-39 yaşlar arasında son derece düşükken, 40-50 yaş arasında önemli oranda artmaya başlar. KRK vakalarının %90'ı 50 yaş üzerinde görülmektedir.³⁵ Bu nedenle ailesinde KRK öyküsü bulunmayan, kolorektal polip ve inflamatuvar barsak hastalığı olmayan 50 yaş ve üzerindeki bireyler ortalama riske sahip bireyler olarak değerlendirilmektedir. Tablo 2'de ortalama riske sahip bireyler için tarama önerileri yer almaktadır.^{34,36} Ülkemiz koşulları göz önüne alınarak hazırlanan Kolorektal Kanseri Tarama Standartlarına göre; ortalama riske sahip bireylere 2 yılda bir gaitada gizli kan testi ve 10 yılda bir kolonoskopiyi içeren tarama prosedürü uygulanmaktadır.³⁷

Ortalama riske sahip olan yetişkinlerde 50 yaşından sonra başlayarak KRK taraması için önerilen alternatifler aşağıda yer almaktadır.

Tablo 2. Ortalama Riske Sahip Bireylerde Kolorektal Kanseri ve Adenomların Erken Tespiti İçin Tarama Önerileri

Adenomatöz Polip ve Kolorektal Kanseri Tespit Eden Testler		
Test	Sıklığı	İşleme Ait Açıklamalar
Fleksibl sigmoidoskopi (FSIG)	Her 5 yılda bir	<ul style="list-style-type: none">• Barsak hazırlığı gerekir (tam ya da kısmi).• Sedasyon kullanılmadığı için işlem sırasında bazı sıkıntılar olabilir.• Az da olsa perforasyon, kanama ve enfeksiyon riski vardır.• Sigmoidoskopinin koruyucu etkisi incelenen kolon bölümü ile sınırlıdır.• Hastalara, sigmoidoskopide pozitif bulgu tespit edildiğinde kolonoskopi uygulanacağı bilgisi verilmelidir.
Kolonoskopi	Her 10 yılda bir	<ul style="list-style-type: none">• Tam barsak hazırlığı gereklidir.• Sedasyon kullanıldığında, hastaların testin uygulandığı merkezden transportu için refakatçi gerekir.• Nadirde olsa polipektomi ile ilgili ciddi olabilen perforasyon ve kanama riski vardır.
Çift kontrastlı kolon grafisi (Double-Contrast Barium Enema- DCBE)	Her 5 yılda bir	<ul style="list-style-type: none">• Tam barsak hazırlığı gereklidir.• >6mm'lik bir ya da daha fazla polip varsa, kolonoskopi yapılması önerilir.• Riski düşüktür, nadiren perforasyon olguları bildirilmiştir.
Bilgisayarlı Tomografik Kolonografi ya da Sanal Kolonoskopi (Computed tomographic colonography-CTC)	Her 5 yılda bir	<ul style="list-style-type: none">• Tam barsak hazırlığı gereklidir.• >6mm'lik bir ya da daha fazla polip varsa, kolonoskopi yapılması önerilir.• Düşük riskli bir uygulamadır, nadiren perforasyon gelişebilir.• Ekstrakolonik anormallikler CTC'de tespit edilebilir ve daha ileri değerlendirmeyi gerektirir.

Tablo 2. Ortalama Riske Sahip Bireylerde Kolorektal Kanser ve Adenomların Erken Tespiti İçin Tarama Önerileri (Devamı)

Kolorektal Kanseri Esas Olarak Tespit Eden Testler		
Gayak bazlı-gaitada gizli kan testi (guaiac-Based Fecal Occult Blood Test-gFOBT)	Yıllık	<ul style="list-style-type: none">• Üretici firmanın önerilerine bağlı olarak, evde toplanan 2-3 dışkı örneği gereklidir; klinik ortamda tuşe muayenesi sonrasında toplanan dışkı örneği kullanılmamalıdır.
Fekal immünokimyasal test (Fecal Immunochemical Test-FIT)	Yıllık	<ul style="list-style-type: none">• Test sonucu pozitif ise kolonoskopi önerilmelidir. Test sonucunun pozitif olması kolon kanseri ve ilerlemiş neoplazi riskinin arttığını gösterir.• Test sonucu negatif ise, yıllık olarak tekrarlanmalıdır.• Hastalara, bir kez yapılan testin muhtemelen etkisiz olduğu anlatılmalıdır.
Dışkı DNA testi	Sıklığı Belirsiz ³² Her 3 yılda bir ³⁴	<ul style="list-style-type: none">• Yeterli bir test örneği alınmalı ve laboratuvara özel bir sıvı içinde gönderilmelidir.• Pahalı bir testtir, fiyatı diğer dışkı testlerinden oldukça yüksektir.• Test sonucu pozitif ise, kolonoskopi yapılması önerilir.• Test sonucu negatif ise, testin ne zaman tekrarlanacağına ilişkin net bir bilgi yoktur.

Levin B, Lieberman BA, McFarland B, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology* 2008;134(5): 1570-1595.

Artmış Riske Sahip Bireyler

Bireyin sahip olduğu bazı kişisel ve genetik faktörler KRK görülme riskini daha da arttırmakta bu nedenle de önerilen erken tanı/tarama programlarında bazı değişiklikler söz konusu olmaktadır.⁴ Tablo 3'te artmış riske sahip bireyler için KRK tarama önerileri yer almaktadır.³⁴

Birinci derece akrabasında 60 yaş ve üzeri tanılanmış KRK/adenomatöz polip öyküsü olan ya da daha uzak akrabasında KRK öyküsü olan bireylerin artmış riske sahip olduğu belirtilmektedir. Bu grupta KRK gelişme riski ortalama riskteki bireylere göre iki kat daha fazladır. Bu özelliklere sahip bireyler için ortalama riske sahip olan bireylere uygulanacak tarama testlerinin 40 yaşından itibaren başlaması tavsiye edilmektedir.³⁴

Birinci derece akrabasında 60 yaş ve öncesinde tanılanmış KRK/adenomatöz polip öyküsü olan ya da birden fazla akrabasında herhangi bir yaşta tespit edilmiş KRK öyküsü olan bireylerde risk daha da

artmaktadır. Bu bireylerde KRK gelişme riski ortalama riske sahip bireylere kıyasla 3-4 kat artar. Bu gruptaki bireylere 40 yaşından itibaren ya da aile bireylerinden en genç tanı alan kişinin yaşından 10 yıl öncesinden başlayarak her 5 yılda bir kez kolonoskopi yaptırması tavsiye edilmektedir.^{34,36}

Kolorektal polip öyküsü olan bireyler KRK görülme açısından risk taşımaktadır. Kolorektal polip görülmesinin yanı sıra poliplerin türü ve büyüklüğü de bireylerin risk değerlendirmesini değiştirmektedir. Küçük rektal hiperplastik polipler ortalama risk grubunda değerlendirilirken; 1 cm'den büyük adenoma sahip olan bireyler artmış risk grubuna girmektedir ve bu bireylere acil polipektominin ardından 3 yılda bir kez kolonoskopi yaptırması tavsiye edilmektedir.³⁴

Tablo 3. Artmış Riske Sahip Bireyler İçin Kolorektal Kanser Tarama Önerileri

Bireyin Risk Düzeyi	Tarama Yaşı	Tarama Önerisi
Aile Öyküsü Olan Artmış Riskli Hastalar		
Bir birinci derece akrabasında 60 yaş ve üzeri tanılanmış KRK/adenomatöz polip öyküsü olan ya da daha uzak akrabasında KRK öyküsü olan bireyler	40 yaşından itibaren	Ortalama riskli bireyler için önerilen aralıklarla tarama seçenekleri uygulanır.
Birinci derece akrabasında 60 yaş ve öncesinde tanılanmış KRK/adenomatöz polip öyküsü olan ya da birden fazla akrabasında herhangi bir yaşta tespit edilmiş KRK öyküsü olan bireyler	40 yaşından itibaren ya da aile bireylerinden en genç tanı alan kişinin yaşından 10 yıl öncesinden itibaren	Her 5 yılda bir kolonoskopi
Kolorektal Polip Öyküsü Olan Artmış Riskli Hastalar		
Küçük rektal hiperplastik polipleri olan hastalar	50 yaşından itibaren	Ortalama riske sahip olan bireylere önerilen tarama önerileri
Düşük grade displazili 1 ya da 2 küçük tubuler adenomu olan hastalar	İlk polipektomiden 5-10 yıl sonra	Kolonoskopi
Aşağıdaki özelliklere sahip hastalar; <ul style="list-style-type: none">• 1-3 arası adenomları olan,• >1cm'lik 1 adenomu olan,• Yüksek grade displazili , Villöz özelliklere sahip adenomu olan hastalar	İlk polipektomiden 3 yıl sonra	Kolonoskopi
Tek bir muayene sonucu >10 adenomu olan hastalar	İlk polipektomiden <3 yıl sonra	Kolonoskopi
Piecemeal olarak çıkartılan sesil adenomlu hastalar	Tam olarak çıkartıldığını doğrulamak için 2-6 ay sonra	Kolonoskopi
Kolorektal Kanserli Artmış Riskli Hastalar		
Kolon ve rektum kanseri için küratif rezeksiyon uygulanan hastalar	Rezeksiyondan 1 yıl sonra (ya da kolondaki senkron hastalığı temizlemek için yapılan kolonoskopiden 1 yıl sonra) Eğer cerrahi sırasında rezeke edilemeyen metastazlar bulunmuyorsa, kanser rezeksiyonundan 3-6 ay sonra; alternatif olarak, kolonoskopi intraoperatif olarak da yapılabilir.	Kolonoskopi

Levin B, Lieberman BA, McFarland B, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology* 2008;134(5): 1570-1595.

Yüksek Riske Sahip Bireyler

Kalıtsal kolorektal sendromu olan bireylerde KRK oluşma riski yüksektir. En yaygın kolorektal sendrom olarak karşımıza çıkan herediter non polipozis kolorektal kanser (Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer-HNPCC) tüm KRK'ların %5-6'sını oluşturan dominant geçiş gösteren bir hastalıktır.³⁸ Genetik ve klinik olarak HNPCC saptanan ve şüphelenilen bireylere 20-25 yaşlarında ya da en genç tanı alan akrabasından 10 yıl öncesinden başlanarak

tarama programlarına katılması önerilmektedir. Kalıtsal riski olduğu düşünülen kişilere tarama programının şeklini oluşturmak için genetik test yapılması gereklidir. Ayrıca genetik testlerin yanı sıra her 1-2 yılda bir kez kolonoskopi yaptırılmalıdır.^{34,36}

Familial adenomatöz polipozis, çoklu kolon polipleri ile karakterize olan, 40 yaşından itibaren KRK için %100 risk taşıyan, otomozal dominant geçiş gösteren bir sendromdur.³⁸

Genetik olarak tanılanmış FAP'lı bireyler ya da genetik test yapılmaksızın FAP'tan kuşkulanan bireylere 10-12 yaşından itibaren genetik anomali taşıyıp taşımadığını belirlemek için yıllık fleksible sigmoidoskopi ve genetik testlerin gerekliliği konusunda danışmanlık hizmeti sağlanmalıdır. Genetik testlerin pozitif çıkması durumunda ise kolektomi önerilmektedir.³⁴

Kronik ülseratif kolit ve crohn hastalığı gibi inflamatuvar barsak hastalığı olan bireyler yüksek riske sahip grupta yer almaktadır. Sol

alanda kolit başlangıcından 12-15 yıl, kolonda tam tutulum (pankolit) başlangıcından 8 yıl sonra KRK oluşma riski başladığı için bu bireylere kolonoskopi ile birlikte biyopsi yapılması önerilmektedir. Ayrıca bu hastalar, her 1-2 yılda bir inflamatuvar barsak hastalığının yönetimi konusunda gerekli merkezlere sevk edilmelidir. Yüksek riske sahip bireyler için kolorektal kanser tarama önerileri Tablo 4'de yer almaktadır.³⁴

Tablo 4. Yüksek Riske Sahip Bireyler İçin Kolorektal Kanser Tarama Önerileri

Risk Kategorisi	Başlama Yaşı	Tarama Önerisi
Lynch sendromu saptanan ya da şüphelenilen bireyler	20-25 yaşlarında ya da en genç tanı alan akrabasından 10 yıl öncesinden itibaren	Her 1-2 yılda bir kolonoskopi yapılmalı ve genetik testlerin gerekli olup olmadığı konusunda danışmanlık sağlanmalı
FAP tanısı olan ya da şüphelenilen bireyler	10-12 yaşından itibaren	Genetik anomali taşıyıp taşımadığını belirlemek için yıllık FSIG yapılmalı ve genetik testlerin gerekliliği konusunda danışmanlık sağlanmalı
İnflamatuvar Barsak Hastalıkları, Ülseratif Kolit ve Crohn olan bireyler	Kanser riski, sol taraflı kolitin başlangıcından 12-15 yıl sonra ya da pankolit başlangıcından 8 yıl sonra önemli olmaya başlar	Displaziyi araştırmak için yapılan biopsilerle birlikte kolonoskopi yapılmalı

Levin B, Lieberman BA, McFarland B, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology* 2008;134(5): 1570-1595.

Kolorektal Kanserden Sekonder Korunmada Hemşireye Düşen Sorumluluklar

İnsanların yaşamlarını engelleyecek sağlık problemleri olmadığı sürece genel sağlık kontrolünden geçemedikleri unutulmamalıdır.³⁹ İyi bir iletişimle, güven duygusu sağlayabilen sağlık profesyonelinin önerisi bireyi sağlığını koruma yönünde harekete geçirecektir.⁹ Bu kapsamda hemşire;

- Fizik muayene ve topladığı veriler ışığında, rehberler göz önünde bulundurularak bireyin risk değerlendirmesini yapmalı ve bireyi

uygun olan KRK erken tanı/tarama testlerine yönlendirmeli ve katılımı konusunda cesaretlendirilmelidir.

- Topluma, özellikle de risk altında olan gruba KRK ile ilgili tarama programları ve taramaların önemi hakkında sağlık eğitimleri düzenlemelidir.
- Düzenli olarak literatürü takip etmeli ve bilgilerini güncellemelidir.
- Kolorektal kanserlerde sekonder korunma yöntemleri ile ilgili araştırmalar planlamalı ve sonuçları uygulamaya aktarmalıdır.^{9,40}

SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünya Sağlık Örgütü tarafından evrensel bir sorun olan ve her yıl milyonlarca insanın yaşamının sonlanmasına neden olan kanser vakalarının en az üçte birinin önlenabilir özellikte olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle dünya genelinde her geçen gün yükü artan kanserlerden korunmaya yönelik programların önemi gittikçe artmaktadır⁶. Dünyada sağlık bakım profesyonelleri içerisinde en büyük gruba sahip olan hemşireler sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusuna gerekli önemi verdikleri takdirde kanser insidansında ciddi düşüşler olması kaçınılmazdır.³¹

Ülkemizde hemşirelerin büyük çoğunluğu tedavi edici hizmetlerde çalışmakta ve bu nedenle klinikte çalışan hemşirelere kanserden korunmaya yönelik önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler, sadece sağlıklı ve asemptomatik bireyler için

değil, kanser tanısı almış, tedavi sürecinde ya da kanserden kurtulmuş bireylere karşı da sağlığı korunma ve kanseri önlemeye ilişkin sorumlulukları olduğunun farkında olmalıdırlar.^{31,32,33}

Önemli hemşirelik sorumluluklarından biri de bireylerin kanserden korunmaya yönelik davranışlarını engelleyen sağlık inançlarını ve algılarını tespit ederek bu çerçevede bireyin sağlık algılarını geliştirebilecek ve korunma yöntemlerine katılımlarını arttıracak programlar düzenlemektir. Sonuçta KRK'dan korunmaya yönelik hemşirelik yaklaşımlarıyla kanserin insan üzerindeki fiziksel, psikolojik, sosyal etkisi önlenmiş olmakta, kişinin yaşam kalitesi artmakta ve sağlığa harcanan maliyet de düşmektedir.^{9,41}

KAYNAKLAR

1. Jemal, A., Bray, F., Center, M.M. et al. (2011). Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*, 61(2): 69-90.
2. Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R. et al. (2014). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int. J. Cancer*, 136: 359-386.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2017). Türkiye kanser istatistikleri. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları.
4. American Cancer Society (2014). Colorectal cancer facts & figures 2014-2016. American Cancer Society, Atlanta.
5. Kılıçkap, S., Aksoy, S., Çelik, I. (2006). Kanserde birincil korunma. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 13(2): 57-71.
6. Özkan, S., Keskinliç, B., Gültekin, M., Karaca, AS., Öztürk, C., Boztaş, G. (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal kanser kontrol planı 2013-2018. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları.
7. Dos Santos Silva, I. (2009). Cancer epidemiology: principles and methods. IARC, Lyon.
8. Tuncer, M. (2009). Türkiye'de kanser kontrolü. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara.
9. Mahon, S.M. (2009). Prevention and screening of gastrointestinal cancers. *Seminars in Oncology Nursing*, 25(1): 15-31.
10. World Health Organization (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014, Switzerland.
11. Johnson, C.M., Wei, C., Ensor, J.E., Smolenski, D.J., Amos, C.I., Levin, B., et al. (2013). Meta-analyses of colorectal cancer risk factors. *Cancer Causes Control*, 24(6):1207-1222.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Ankara.
13. Boyle, T., Keegel, T., Bull, F., Heyworth, J., Fritschi, L. (2012). Physical activity and risks of proximal and distal colon cancers: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*, 104(20):1548-61.
14. Erarslan, E., Yüksel, I. (2011). Obezite ve gastrointestinal kanser ilişkisi. *Yeni Tıp Dergisi*, 28(4):203-206.
15. Giovannucci, E. (2001). An updated review of the epidemiological evidence that cigarette smoking increases risk of colorectal cancer. *Cancer Epidemiol Biomark Prev*, 10:725-731.
16. Botteri, E., Iodice, S., Raimondi, S., Maisonneuve, P., Lowenfels, AB. (2008). Cigarette smoking and adenomatous polyps: a meta-analysis. *Gastroenterology*, 134(2):388-395.
17. Ferrari, P., Jenab, M., Norat, T., Moskal, A., Slimani, N., Olsen, A., et al. (2007). Lifetime and baseline alcohol intake and risk of colon and rectal cancers in the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC). *Int J Cancer*, 121: 2065-2072.
18. Zisman, AL., Nickolov, A., Brand, RE., Gorchow, A., Roy, HK. (2006). Associations between the age at diagnosis and location of colorectal cancer and the use of alcohol and tobacco: implications for screening. *Arch Intern Med*, 166(6):629-634.
19. Bazensky, I., Shoobridge-Moran, C., Yoder, LH. (2007). Colorectal Cancer: An overview of the epidemiology, risk factors, symptoms, and screening guidelines. *Medsurg Nursing*, 16(1):46-51.
20. American Cancer Society (2015). American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention. Erişim Tarihi: 04.11.2015, http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/0_02577-pdf.pdf
21. The World Cancer Research Fund. (2007). Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. AICR, Washington.
22. Norat, T., Lukanova, A., Ferrari, P., Riboli, E. (2002). Meat consumption and colorectal cancer risk: Dose response meta-analysis of epidemiological studies. *Int J Cancer*, 98:241-256.
23. Bastide, NM., Pierre, FH., Corpet, DE. (2011). Heme iron from meat and risk of colorectal cancer: a meta-analysis and a review of the mechanisms involved. *Cancer Prev*, 4:177-184.
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü. Erişim Tarihi: 25.11.2015, <http://www.bhsm.gov.tr/haber.php?HaberID=1496>
25. Ertürk, S. (2010). Kolorektal kanserler: epidemiyoloji, etiyolojide rol oynayan etkenler, tarama ve kemoprevansiyon. In: Kolon ve Rektum Kanseri (1.baskı), Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C, Seçil Ofset, İstanbul, ss 801.

26. Ordu, Ç., Saip, P. (2011). Kanserde kemoprevansiyon. *Klinik Gelişim*, 24:40.
27. Cooper, K., Squires, H., Carroll, C., Papaioannou, D., Booth, A., Logan, RF., et al. (2010). Chemoprevention of colorectal cancer: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*, 14(32):1-206.
28. Larsson, SC., Giovannucci, E., Bergkvist, L., Wolk, A. (2005). Whole grain consumption and risk of colorectal cancer: a population-based cohort of 60,000 women. *Br J Cancer*, 92:1803.
29. Cho, E., Smith-Warner, SA., Spiegelman, D., Beeson, WL., van den Brandt, PA., Colditz, GA., et al. (2004). Dairy foods, calcium, and colorectal cancer: a pooled analysis of 10 cohort studies. *J Natl Cancer Inst*, 96(13):1015-1022.
30. Wu, K., Willett, WC., Fuchs, CS., Colditz, GA., Giovannucci, EL. (2002). Calcium intake and risk of colon cancer in women and men. *J Natl Cancer Inst*, 94:437.
31. Yarbro, CH., Wujcik, D., Gobel, BH. (2011). *Cancer Nursing: Principles and Practice* (7 nd ed), Sudbury, Jones and Barlett publ. p 1931.
32. Kanbur, A., Capık, C. (2011). Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18:61-72.
33. Varricchio, CG. (2004). *A Cancer Source Book for Nurses* (7 nd ed), Sudbury, Jones and Barlett publ. p 583.
34. Levin, B., Lieberman, BA., McFarland, B., Smith, RA., Brooks, D., Andrews, KS., et al. (2008). Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology*, 134(5): 1570-1595.
35. Kalaycı, G. (2002). *Kolon Kanseri*, Genel Cerrahi, Nobel Tıp Kitabevi İstanbul, ss 1343-1359.
36. Rex, DH., Johnson, DA., Anderson, JC., Schoenfeld, PS., Burke, CA., Inadomi, JM. (2009). American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2009. *Am J Gastroenterol*, 104(3):739-750.
37. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı (2015). *Kolorektal Kanser Taramaları*. Erişim Tarihi: 25.11.2015, <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-taramalari/879-kolon-kanseri-tarama-program%C4%B1.html>
38. Zorluoğlu, A. (2010). Kalıtsal kolorektal kanserler. In: *Kolon ve Rektum Kanseri* (1.baskı), Başkan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C, Seçil Ofset, İstanbul, ss 801.
39. Nural, N., Akdemir, N. (2004). Dahiliye servislerinde yatan hastalarda kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2):1-13.
40. Glaus, A., Rieger, PT. (2006). Early Detection of Cancer. In: *Nursing Patient With Cancer* (1 nd ed), Kearney N, Richardson A, China, Elsevier, p 167-194.
41. Pınar, G., Algier, L., Doğan, N., Kaya, N. (2008). Jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi. *International Journal of Hematology and Oncology*, 18(4):208-216.

Çikolatanın Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri

Effects Of Chocolate On Cardiovascular System

Dicle KARGIN¹, Fatma Esra GÜNEŞ²

ÖZET

Kardiyovasküler hastalıklar dünyadaki ölüm nedenleri arasında ön sıralarda yer almakta olup, insanlar, sağlık kuruluşları ve tüm toplumun üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır. Diyet; kardiyometabolik bozuklukların oluşumu, önlenmesi ve kontrol edilmesinde anahtar yaşam tarzı faktörlerinden biridir. Kardiyovasküler hastalıkların gelişiminin önlenmesinde çikolatanın yüksek miktarda içerdiği polifenoller ve flavonoidler önemli rol oynamaktadır. Kakao ve kakao ürünü olan çikolata bu bileşikleri yüksek miktarda içerir. Özellikle bitter çikolatanın güvenle kullanılabilir bir besin olması ve lezzeti onu kardiyovasküler sağlığın gelişiminde tüketilebilecek bir besin olarak kabul edilmesini sağlamaktadır. Eskiden medikal ilaç tedavisinde de kullanılan kakaonun günümüzde yapılan çalışmalarda endotel fonksiyon, kan basıncı, insülin direnci ve trombosit fonksiyonu üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir. Kakao içeren ürünlerin günde 2 gram tüketilmesi kardiyovasküler hastalıklardan korunmayı sağlayabilmektedir. Bu derlemenin amacı kakao ve çikolatanın beslenmedeki önemini, kardiyovasküler etkilerini belirlemek ve kakaonun tüketimi ile ilişkili klinik çalışmaları özetlemektir.

Anahtar Kelimeler: Çikolata, Kakao, Kardiyovasküler Hastalıklar, Polifenoller, Flavonoidler.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are one of the main reasons of death in the world and are a big burden on human, health services and the whole society. Diet is one of the key factors in occurrence, prevention and control of cardio metabolic disorders. Inhibition of the development of cardiovascular diseases polyphenols and flavonoids, which contain high amounts of chocolate, play an important role. High doses of these compounds are contained in cacao and its product chocolate. Especially bitter chocolate is accepted as a nutrient to be consumed in maintaining cardiovascular health, which is tasty and can be consumed safely. Cacao, which used to be utilized in the preparation of medical drugs, was shown to have positive effects on endothelial function, blood pressure, insulin resistance and thrombocyte function. Consumption of 2 grams of cacao containing food per day can provide prevention from cardiovascular diseases. The aim of present review was to show the significance of cacao in nutrition, its cardiovascular significance and to summarize clinical studies concerning cacao consumption.

Key Words: Chocolate, Cacao, Cardiovascular diseases, Polyphenols, Flavonoids.

¹Ar. Gör. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul

²Doç. Dr. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ

Son yıllarda morbidite ve mortalite nedenleri arasında ön sıralarda bulunan kardiyovasküler hastalıkların tüm ölümlerin %31,3'ünün altında yatan en önemli neden olduğu kaydedilirken, dünya sağlık örgütü 2030 yılına kadar yaklaşık 23.6 milyon kişinin ölümüne sebep olacağını bildirmiştir.¹⁻

³ Avrupa'daki ölümlerin neredeyse yarısından sorumlu olan kardiyovasküler hastalıklar (KVH) insanlar, sağlık kuruluşları ve toplum üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır.⁴⁻⁵ 2012 yılında dünya genelinde KVH prevalansı, 20 yaş ve üzeri erkeklerde %36.4, kadınlarda %33,7 iken, ülkemizde KVH sıklığı; 20 yaş üzeri erkeklerde % 5,0, kadınlarda % 2,6, 30 yaş üzeri erkeklerde % 6,1, kadınlarda ise % 3,3'tür.^{2,6} Yaş ve genetik profil gibi bazı değiştirilemeyen risk faktörlerinin yanı sıra yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol, obezite, sigara kullanımı, stres, aktivite azlığı, zayıf diyet gibi birçok risk faktörü müdahale edilebilir faktörlerdir.⁷ Kardiyometabolik hastalıklar genellikle önlenebilirdir ve fizyopatogenezi ile ilişkili faktörleri daha iyi anlamak ve bu faktörleri değiştirmek için müdahalelerin uygulanması mevcut durumu ele almada önemli olacaktır.⁵ Çeşitli çalışmalarda, egzersiz ve diyet gibi yaşam tarzı değişikliklerinin kardiyovasküler hastalıkları önlenmesinde faydalı etkilerinin olduğu gösterilmiştir.^{8,10} Diyet; kardiyometabolik bozuklukların oluşumu, önlenmesi ve kontrol edilmesinde anahtar yaşam tarzı faktörlerinden biridir.⁵

Diyette bulunan ve antioksidanlarca zengin olan meyve, sebze, çay ve çikolata KVH'a karşı koruyucu etki gösterir. Antioksidanların bir sınıfı olan flavonoidler bu besinlerde yaygın olarak bulunur ve KVH riskini düşürmesi olasılığı ile dikkati çeker.¹¹ Son yıllarda yapılan çalışmalarda (hem deneysel hem gözlemsel) çikolata tüketiminin antioksidan, antihipertansif, anti-inflamatuar, anti-aterojenik ve anti-trombotik etkilerinin yanı sıra insülin direnci, damar endotel fonksiyonu ve nitrik oksit aktivasyonu üzerine önemli etkilerinin olduğu belirtilmiştir.⁵ Takip eden yıllar çikolatanın bu özelliklerinin artan önemine tanık olmuştur. Çikolata tüketiminin

obezite, diyabet ya da diş çürükleri ile olan ilişkisini inceleyen Waterhouse ve ark.¹² polifenol kaynağı ticari kakao ve çikolata gibi bileşiklerin düşük yoğunluklu lipoproteinlerinin (LDL) oksidasyonuna karşı önemli bir koruma etkisinin olduğunu bildirmişlerdir. Bu bilgiler çikolata ve sağlıkla ilişkili yeni bir çalışma alanı yaratmıştır. Tablo 1 çikolatanın kardiyovasküler sağlık üzerine olan klinik etkilerini değerlendiren son yıllara ait epidemiyolojik çalışmaları göstermektedir.

1. ÇİKOLATA

Kakao, Amerika ekvatorial yağmur ormanları kökenli *Theobroma cacao* bitkisinin işlenmemiş haline karşılık gelen bir üründür. Kakao ve çikolata; kakao (*T.cacao*) çekirdeklerinden oluşan besinlerdir.¹⁸ Çikolata ve kakao iki farklı terimdir. Kakao; kakao likörünün yağsız bileşeni, ve kakao çekirdeğinin saf ekstraktıdır. Kakao çekirdekleri *T. cacao* bitkisinin yağlı tohumlarıdır.

Kakao çekirdekleri temizlenir, tercihe göre kabukları ile ya da sadece çekirdeğin içi kavrulur ve daha sonra hamur haline öğütülür. Bu işlem ile üretilen ısı çekirdeğin içindeki kakao yağının erimesine ve kakao likörünün oluşmasına neden olur. Kakao likörü alkali çözelti ile alkalize edilerek asiditesi azaltılır. Likör alkalize edilerek koyulaşır ve daha hafif ama çikolatamsı tat alır ve süt gibi sıvıların içerisinde daha uzun süre süspansiyon halinde kalır. Kakao likörü hidrolik press ile kakao yağına ve kakao kalıbına ayrılır. Kakao kalıbı kakao pazarına bu şekilde satılabilir ya da ince toz haline getirilebilir.⁹

Kakao likörü yaklaşık %55 kakao yağı içerir. Çikolata; kakao likörü, kakao yağı, şeker ve sütün çeşitli yüzdelerle imal edilmiş katı bir üründür.¹⁹ Çikolataların çoğu kakao, kakao yağı veya diğer yağlar ve şekerin bileşiminden oluşurlar. Sütlü çikolata ayrıca konsantre süt ya da süt tozu içerirken beyaz çikolata kakao yağı şeker ve kakaosuzdur. Bitter çikolata, yağ ve şeker eklenmiş kakao karışımını içerir.²⁰

İstenilen tada ve kullanım amacına bağlı olarak bitter çikolata için kakao likörü, kakao yağı ve şeker farklı yüzdelerde birleştirilir. Sütlü çikolata, adından anlaşılacağı üzere içindeki diğer maddeler yerine süt içerir.²¹ Bazı kakao ürünlerinin kimyasal bileşimleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

1.1. Çikolatanın içeriği

1.1.1. Yağlar

Kakao yağı kakao çekirdeğinin kuru ağırlığının %50-57’sini oluşturur ve çikolataya erime özelliği verir. Kakao yağında en fazla bulunan yağ asitleri; doymuş (stearik; 18:0, %35 ve palmitik; 16:0, %25) ve tekli doymamış (oleik; 18:1, %35) ve çoklu doymamış linoleik (%3) yağ asitleridir.²³

Doymuş yağ tüketimi genellikle plazma lipitlerini ve lipoproteinleri yükseltme ve trombozu artırma eğilimlerinden dolayı koroner kalp hastalığı ile ilişkilidir.^{24,25}

Diğer taraftan, doymamış yağ asitlerinin aterosjenik faktörleri azalttığı bildirilmiştir.²⁶ Çikolata ve kakao yüksek doymuş yağ asidi içeriği nedeni ile kardiyovasküler sistem üzerine olumsuz etkisi olan bir besin gibi görünse de, stearik asidin diğer doymuş yağ asitleri gibi kan kolesterol düzeyini yükseltmemesi; zincir uzunluğu, emilim yetersizliği, metabolizma kinetiği ve stearik asidin oleik aside hepatik desaturasyonu ile açıklanabilir.²⁷⁻²⁹

1.1.2. Steroller

Bitki sterollerini bağırsakta diyet kolesterol emiliminin rekabetçi engellemesi ile kan lipit profillerini geliştirmeye katkı sağlayabilmektedirler.³⁰ Kakao yağında bulunan sitosterol ve stigmasteroller bitki sterollerinde çok az miktarda bulunur.³¹ İşlenmiş çikolatada sterollerin düşük düzeyde olması nedeniyle muhtemelen kolesterol emilimi üzerinde sınırlı etkiye sahip olduğu belirtilmiştir.³²

1.1.3. Lif

İşlenmemiş kakao çekirdeğinde bulunan kepek, toplam çekirdek ağırlığının %15’i kadardır. Kepek, iyi bir çözünmeyen lif (%44) kaynağıdır³³ ve ayrıca serum lipitlerini düşürücü etki yapan çözünen liflere (%11) sahiptir.^{34,35}

Kakao tozu %2’den daha az kepek ve çok az lif içerir, bu yüzden çikolata tüketimi diyetsel lif alımında yeterli ölçüde katkı sağlamamaktadır.³²

1.1.4. Mineraller

Kakao çekirdeği çeşitli mineraller içerir, bunlardan bazıları işlenmiş çikolatada yüksek miktarda bulunur. Kakao çekirdeği miktarı çikolatadaki kakao çekirdeği katı kütlelerine bağlıdır; bu yüzden bitter çikolata, sütlü çikolatadan daha yüksek miktarlarda mineral içerir.

Kakao çekirdeğinin yüksek fitat içeriğine rağmen, işlem esnasında fermantasyon ve ısıtma uygulamaları fitatların hidrolizine neden olur bu yüzden çikolata ve çikolata ürünlerinde minerallerin bulunma durumu oldukça iyidir.^{36, 37}

Birçok mineral vasküler fonksiyon için gereklidir, bununla birlikte yeterli miktarda diyetsel magnezyum, bakır, potasyum ve kalsiyum mineralleri yüksek tansiyonun önlenmesinde ve kardiyovasküler hastalık riskinin azalmasına katkıda bulunması açısından önemlidir.³⁸

1.1.5. Polifenoller

Fitokimyasallar arasında polifenoller; bitkiler aleminde en çok ve geniş alana yayılan grubu oluştururlar. Siyah çay, olgunlaşmış kırmızı şarap, kahve ve kakao gibi işlenmiş besin ve içecekler fenolik dönüşüm ürünleri içerebilen en iyi polifenol kaynakları olarak tanımlanır.³⁹ Fermente olmayan kakao çekirdeğinin polifenol içeriği oldukça yüksektir (kuru ağırlığının %12-18’i), bununla birlikte önemli oranda ülkelere bağlı olarak değişebilir.⁴⁰ Kakao çekirdeğinde çok sayıda fenolik bileşik bulunmasına rağmen, kakao tozu özellikle fenolik bileşiklerin alt sınıfı olan flavonoidlerce zengindir.³²

Tablo 1. Çikolatanın kardiyovasküler sağlık üzerine klinik etkilerini değerlendiren son yıllara ait epidemiyolojik çalışmalar

Yazar, yayın tarihi	Katılımcılar	Çalışma tasarımı	Bulgular	Sonuç
(Mostofsky ve ark.(2010) (13)	31,823	Kohort çalışması Mamografi tarama programına katılan 48-83 yaşlarında 9 yıl takip edilen katılımcılar	Kalp yetmezliği oranı: 0,74, 0,68, 1,09, ve çikolata tüketimi sırası ile 1,23, 1-3/ay, 1-2/hafta, 3-6/hafta, 1+/gün	Kararında çikolata alımı düşük oran kalp yetmezliği hospitalizasyon ve ölüm ile ilişkilidir
(Buijsse ve ark. (2010) (14)	19,357 yetişkin, 35-65 yaşlarında Almanya	Kohort çalışması Kalp krizi ve felci olmayan ve antihipertansif kullanmayan 8 yıl takip edilen alman popülasyonu	Çikolata tüketimi en üst quartilde en alt quartile göre; Sistolik kb 1.0 mmHg ve diastolik kb 0,9mmHg daha düşük bulunmuştur. Bu negatif ilişki felçte kalp krizine göre daha güçlüdür	Artan çikolata tüketimi azalmış kan basıncı ve azalmış kalp krizi ve felç ile ilişkilidir.
(Djousse ve ark.(2011) (15)	2217 yetişkin ABD	Kesitsel çalışma Çikolata tüketimi ve koroner arterlerde kalsifiye aterosklerotik plak (CAC) ilişkisi	CAC Oranı: 0,94 (0,66–1,35), 0,78 (0,53–1,13), ve 0,68 (0,48–0,97) 0,1–3/ay, 1/hafta, ve 2+/hafta	Çikolata tüketimi bireylerin koroner arterlerinde kalsifiye aterosklerotik plak varlığı ile negatif ilişkilidir. (Doza bağımlı, haftada ≥ 2 daha faydalı)
(Djousse ve ark.(2011) (16)	4970 yetişkin 25-93 yaşlarında ABD	Enine kesitsel çalışma Çikolata alımı yarı nicel besin tüketim anketi ile değerlendirilmiştir.	Oran: 1.01 (0,76–1,37), 0,74 (0,56–0,98), ve 0,43 (0,28–0,67) ayda 1–3/ay, 1–4/hafta ve 5+/hafta çikolata tüketen katılımcılar (P <0,0001)	Haftada en az 1 doz (28,34g) çikolata tüketimi koroner kalp hastalığının düşük oranları ile ilişkilidir. (Doza bağımlı, haftada ≥ 5 daha faydalı)
(Kwok ve ark. 2015) (17)	20,951 sağlıklı birey yaş ort. 59 İngiltere	Kohort Çikolata tüketimi ve gelecek kardiyovasküler risk ilişkisi incelenmiştir.	KVH 0,88 (0,77–1,01), felç 0,77 (0,62–0,96), CVD 0,86 (0,76–0,97) (en yüksek (98,8g/gün vs en alt 15,6 g/gün quartiller)	Yüksek oranlarda çikolata tüketimi düşük felç ve kardiyovasküler ölüm oranı ile ilişkilidir.

Tablo 2. Bazı kakao ürünlerinin kimyasal bileşimleri^{21,22}

Bileşim	Kakao çekirdeği (yağ içermeyen kuru ağırlık) (%)	Kakao kütlesi (%)	Sütlü çikolata (%)
Yağ	50-57	55-58	28-30
Protein	17,5-22	8-9	5
Şeker	—	—	58
Nişasta	16	6	0,8
Lif	23-29	12	1,5
Kül	4-6	6	1,3
Diğer	27-35	10-12	2-4

Flavonoidler; 3 karbon köprüsü ile iki aromatik halkaya bağlı 15 karbonlu fenolik bileşiklerdir⁴¹ ve temel alt sınıfları; flavonoller (quersetin), flavonlar, flavan-3-ols, flavanonlar, antosiyanidinler (pigment bileşikleri) ve izoflavonlardır (gensitein, diadzein).^{32,41} Çeşitli çikolata ve çikolata ürünlerindeki polifenoller Tablo 3'de gösterilmiştir.

Kakao özellikle kateşinler (flavon-3-oller) ve prosiyanidinlerce zengindir. Çekirdeğin toplam fenol içeriğinin çekirdeğin kuru ağırlığının %6-8'i olduğu tahmin edilir.⁴² Epikateşin ve kateşin kakao likörü ve kakao tozunda en çok bulunan flavonoidlerdir ve fermantasyon esnasında epikateşin içeriği azalsa dahi baskın flavonoidler olarak kalırlar.^{40,43} Ayrıca fermantasyon esnasında kateşin miktarının arttığı bildirilmiştir.⁴⁴

Flavonollerin son konsantrasyonu onların karakteristik acılığını ve kıvamını alması için verilen işleme bağlıdır. 10 gram bitter çikolatada bulunan polifenollerin miktarı 120 ve 150 miligram arasında değişir ve bu miktar sütlü çikolatada oldukça azalır.⁴⁵ Bitter çikolata sütlü çikolatadan daha yüksek oranda kakao çekirdeği likörü ile hazırlanır ve bu yüzden daha fazla flavonoid içerir. Bu önemli bir ayrımdır çünkü bütün çikolatalar aynı miktarda flavonoid içermez.³²

1.2. Biyoyararlılık

Flavonollerin biyolojik aktivitesi; emilim oranı, ara metabolitler ve doku dağılımı gibi değişkenler tarafından değiştirilebilir.¹⁹

Emilim akut tüketimden sonra hızlıdır ve 2 saat sonra kanda maksimum konsantrasyonlara ulaşır.⁴⁶ Emilim bireyler arasında, flavanollerin molekül boyutunun sonucu değişir. Monomerler, kateşin ve epikateşin, mikromolar konsantrasyonlara ulaşır; prosiyanidin ise sadece nanomolar aralıkta elde edilir. Ayrıca monomerler arasında da varyasyonlar olup kateşin, epikateşin konsantrasyonundan %10 daha az elde edilir.^{46, 19} Beraberindeki yemeğin tipi lipitler ya da proteinlerden zengin ise emilimi etkilemez, ama karbonhidratlardan zengin ise emilimi %40'a kadar artırabilir.⁴⁷

İntestinal emilim ile birlikte konjugasyon ve gut mikroflora-aracılı bozulma, biyoyararlılık düzenlemelerinde önemli rol oynar.⁴⁸ Flavanoller gastrik geçiş sırasında stabildirler fakat daha sonra metil ve glukuronize oldukları bağırsak epitelinde ve karaciğerde birleşirler.

Kolonik mikroflora daha sonra flavonoidlerin flavan yapılarını indirgeyebilir ve yüksek prosiyanidinlerin biyolojik etkilerinin araçları olarak yorumlanan fenolik metabolitleri oluşturabilirler.^{49, 50}

Bu metabolizma olaylarının sonucu olarak; moleküler profilleri onların proteince bağlanmasını, hücresel birikimlerini ya da idrar açıklığını etkileyebilen geniş aralıkta metabolitler ortaya çıkabilir. Bu değişkenler ayrıca flavanollerin biyolojik etki değerleri üzerine olası etkilere sahip olabilir.¹⁹

1.3. Kakao ve çikolata ürünlerinin antioksidan kapasitesi

Kakao çekirdeklerinin ve çeşitli kakao ve çikolata ürünlerinin polifenol içeriğinin bilinmesinden sonra araştırmacılar bu ürünlerin antioksidan kapasitelerini incelemeye başlamışlardır.⁵⁷ Gıdaların antioksidan kapasitelerinin belirlenmesinde kullanılan başlıca yöntemler; hidrojen atomu transferine dayalı oksijen radikali absorban kapasitesi (ORAC), elektron transferine dayalı troluks eşdeğeri antioksidan kapasite (TEAC), ve yine elektron transferine dayalı Folin Ciocalteu reaktifi (FCR) yöntemleridir.⁵⁸

Oksijen radikali absorban kapasitesi (ORAC) verilerine göre çikolata, bütün bir besin olarak; yaban mersini, çilek, sarımsak

gibi diğer fitokimyasallardan zengin besinler ile karşılaştırıldığında güçlü bir antioksidan kapasitesine sahiptir.⁵⁹⁻⁶¹

Tablo 3: Çeşitli kakao ve çikolata ürünlerindeki polifenoller

Ürün Çeşidi	Gu ve ark., 2006		Lacueva- Andres, ve ark., 2008	Vinson ve ark., 1999		Miller ve ark., 2008	
	Kateşinler (mg/g)	Prosiyanidinler (mg/g)	Toplam Flavanoller (µg/g)	Toplam Polifenoller (mg/g)	Kateşin ve Epikateşin (mg/g)	Polifenoller (mgGAE/g)	Prosiyanidinler (mg/g)
Sütlü Çikolata	0,23-0,32	2,16-3,14	-	15,0	0,15-0,16	3,25-5,38	0,43-0,90
Bitter Çikolata	0,77-1,58	8,52-19,85	-	36,5	0,48-1,37	11,73-14,88	2,78-4,10
Fırınlanmış cips (1)/Fırınlanmış çikolata(2)	1,01-1,33	8,71-15,57	-	-	-	26,91- 27,18(2) 11,76- 12,88(3)	12,57- 15,84(2) 3,70-6,29(3)
Tatlandırılmamış çikolata	1,47-3,17	18,76-25,20	-	-	-	-	-
Doğal toz	2,90-3,48	32,19-48,70	2109,00- 3058,52	-	-	-	-
Alkalize kakao tozu	0,41-0,73	7,02-10,82	848,81- 1148,32	-	-	-	-
Kakao tozu	-	-	-	65,0	2,96-3,27	45,30-60,20	19,28-23,71
Çikolata şurubu	-	-	-	-	-	3,66-4,79	0,37-0,91

Othman ve ark.⁶² kullanılan ekstrakt çözücünün tipine bağlı olarak coğrafik kökenin çeşitli düzeylerde antioksidan kapasitesi gösterdiğini bildirmişlerdir. Araştırmacılar en yüksek antioksidan ve serbest radikal yakalayıcı aktivitesinin sırasıyla Gana, Fildişi sahilleri ve Malezya kökenli kakao çekirdeklerinde olduğunu gözlemişlerdir.

Flavanollerin antioksidan potansiyelleri onların molekül yapıları ile uyumludur. B

halkası üzerinde bir katekol grubu varlığı serbest radikallerin ve aktif redoks metallere yakalamasını kolaylaştırır.⁶³ Kakaodan elde edilen arıtılmış epikateşin oligomerlerinin; LDL ve lipozomları oksidasyondan ve peroksinitrit kaynaklı oksidasyon reaksiyonlarından korudukları çeşitli in vitro çalışmalarda gösterilmiştir.^{64,65} Bu prosiyanidinlerin reaktif oksijen türlerine olduğu kadar reaktif nitrojen türlerine karşı da koruyucu olabileceğini ileri sürülmektedir. Ticari çikolata ürünlerinin LDL preparatlarına in vitro eklendiğinde lipit oksidasyonunu düşürdüğü bulunmuştur.¹² Bu çikolatalardan önemli dozda absorbe edilen

epikateşin miktarı, plazma antioksidan kapasitesinde önemli artış ve plazma lipit oksidasyonundaki azalmalara göre, plazma epikateşin konsantrasyonlarındaki değişiklikler ile ilişki olduğu ileri sürülmektedir.^{66, 67}

Kakaodan üretilen işlenmiş ürünler arasında; bitter çikolatanın, sütlü çikolatadan yüksek miktarda yağsız kakao katı kütlesi bulundurması nedeni ile daha yüksek antioksidan kapasitesine sahip olduğu görülür. Flavanol bileşikler hidrofilik olmaya eğilimlidir, bu yüzden kakao ve çikolatanın yağsız bölümlerinde sıklıkla bulunurlar.⁶⁸ ORAC analizleri sonucu incelenen çeşitli ürünler arasında, çikolata ve diğer ürünler ile karşılaştırıldığında kakao tozunun en yüksek antioksidan seviyesine sahip olduğu bulunmuştur.⁵⁷ Miller ve arkadaşlarının⁶⁸ yaptıkları bir çalışmada kakao tozunun en yüksek ORAC seviyesine sahip olduğu, pişirilmiş çikolata, bitter çikolata, yarı-tatlı çikolata cipsleri, sütlü çikolata ve çikolata şuruplarının ise onu izleyen ürünler olduğu bildirilmiştir. Ayrıca yağsız kakao katısı ile ORAC verileri

arasında yüksek derecede korelasyon gözlemlenmiştir ($R^2=0,9849$).⁶⁸

2. Kardiyovasküler Hastalıklar

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre kardiyovasküler hastalıklar tüm dünyada bir numaralı ölüm nedenidir ve her yıl daha fazla insan diğer nedenlerden çok KVH nedeni ile yaşamını kaybetmektedir. Tüm ölümlerin %31'ine karşılık gelen yaklaşık 17,5 milyon ölüm 2012 yılında KVH ile gerçekleşmiştir. Bu ölümlerin 7,4 milyonunu koroner kalp hastalığı ve 6,7 milyonunu ise felç oluşturmaktadır.³ Ülkemizde ise ölüm nedenleri incelendiğinde 2015 yılında ölüm vakalarının %40,3'nü dolaşım sistemi hastalıkları oluşturarak ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Dolaşım sistemi kaynaklı ölümlerin %40,5'ini iskemik kalp hastalığı oluştururken onu %24,3 ile serebro-vasküler hastalıklar takip etmektedir (Tablo 4).⁶⁹

Önemli kardiyovasküler hastalıklar şunlardır:

- Koroner kalp hastalığı- kalp kasını besleyen kan damarlarının hastalığı
- Serebrovasküler hastalık- beyni besleyen kan damarları hastalığı
- Periferik damar hastalığı- kol ve bacakları besleyen kan damarları hastalığı
- Romatizmal kalp hastalığı- streptokok bakterilerin neden olduğu romatizmal ateş ile gelen kalp kası ve kalp kapakçıkları hasarı
- Konjenital kalp hastalığı- doğum esnasında oluşan kalp yapısı bozuklukları
- Derin damar trombozu ve pulmoner emboli- kalbe ve akciğere taşınabilen bacak damarlarında kan pıhtıları

Kalp krizi ve felç genellikle akut olaylardır ve özellikle kalp ya da beyine giden kan akışını önleyen bir tıkanıklık nedeni ile meydana gelir.

Kalp hastalığı ve felcin en önemli davranışsal risk faktörleri; sağlıksız diyet, fiziksel inaktivite, sigara ve alkol kullanımınıdır. Davranışsal risk faktörlerinin etkisi bireylerde artmış kan basıncı, artmış kan şekeri seviyesi, fazla kilo ve obezitedir. Bu "ara risk faktörleri" birinci basamak sağlık kurumlarında ölçülerek kalp krizi, felç,

kalp yetmezliği ve diğer komplikasyonların gelişmesinde artan riskleri göstermektedir.³

3. Kakaonun Kalp Sağlığı Üzerine Etkileri

Kakao ve çikolata ürünleri flavonoidlerin önemli kaynaklarıdır. Flavonoidlerin yıllardır araştırılan çoğu biyolojik aktiviteleri arasında antioksidan yeteneği en çok ilgi çekendir. Etkili antioksidanlar olan flavonoidlerin, flavanoid alımı ve koroner arter hastalığı ile (KAH) ölüm riskinin azalması arasında bir ilişkisi olduğu in vitro⁵¹ ve epidemiyolojik çalışmalarda bildirilmiştir.^{52,53}

Fenolik antioksidanlar; serbest radikalleri sonlandırıcı ve lipit peroksidasyonunu katalize edebilen metal iyonlarını bağlayıcı moleküllerdir.⁵⁴ Diğer modifikasyon çeşitleri katkı sağlamalarına rağmen, LDL partiküllerinin oksidatif modifikasyonlarının aterosklerozun başlamasında önemli bir rol oynadığı ileri sürülmüştür.^{55,56}

Tablo 4. Dolaşım sistemi hastalıklarından ölümlerin alt gruplara göre dağılımı

	2014		2015	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Dolaşım sistemi hastalıkları	153 646	100,0	157 965	100,0
İskemik kalp hastalığı	61 284	39,9	64 012	40,5
Serebro-vasküler hastalık	37 707	24,5	38 412	24,3
Diğer kalp hastalığı	28 704	18,7	32 198	20,4
Hipertansif hastalıklar	17 632	11,5	15 352	9,7
Diğer	8 319	5,4	7 991	5,1

Türkiye İstatistik Kurumu, 2016

3.1. Endotelial Sağlık

Endotelium, sağlıklı bir durumda yüksek ölçüde seçici geçirgenlik sergileyen kan damarlarının devam eden, düzgün, trombojenik olmayan yüzey alanıdır.

Geniş aralıkta vazoaktif maddeler sentezler ve salınım yapar. Yaralanmaya cevap olarak damar endotelinin fonksiyonel bozukluğu, yapısal aterosklerotik

değişikliklerin gelişiminden daha önce ortaya çıkar.

Nitrik oksit (NO), endotelial NO sentaz (eNOS) ile L-arginine tarafından kofaktör tetrahydrobiopterin varlığında sentezlenir. NO canlı içi sadece birkaç saniye yarı ömre sahiptir ve biyolojik membranlardan hızlıca geçer. Endotelyelden vasküler beyaz kas hücrelerine difüzyonundan sonra, NO hücre içi cGMP konsantrasyonlarını artırır ve sırayla, vasküler düz kas hücrelerinin gevşemesini uyandır.^{70, 71}

Bununla birlikte, NO sadece vazodilasyona yol açmaz aynı zamanda lökosit adhezyonunu ve göçünü, beyaz kas hücresi çoğalmasını ve trombosit adhezyonunu ve toplanmasını da önler.

Azalmış eNOS durumu ve/veya NO biyoyararlılığı, endotelial bozukluk ve sonucunda aterosklerotik hastalık ile ilişkilidir. Gerçekten, endotelial disfonksiyon kardiyovasküler hastalık ile ilişkilidir.⁷² Endotelial sağlığın korunması aterosklerozun önlenmesi için oldukça önemlidir.⁷³ Koroner arter hastalığına sahip hastalarda flavanollerden zengin besinler tüketmenin çoğunlukla endotelial fonksiyonu geliştirdiğine dair kanıtlar vardır (Tablo 5).

3.2. Trombosit fonksiyonu

Trombosit fonksiyon bozukluğu bir diğer aterosklerotik damar hastalığı karakterizasyonudur.⁷⁴ Yapılan bazı çalışmalar da kakaonun trombosit inhibitör özelliklerinin olduğu gösterilmiştir.^{66,46, 5,76} Kakao alımı ile birkaç saat içerisinde aktive ADP (adenozin difosfat)/kollajen, trombosit ilişkili primer dengeyi düşürür. Bu etki, aktive edilmiş glikoprotein IIb/IIIa yüzey proteinleri adaptasyonu ADP ile uyarılmış ifadesinde azalma ile kısmen açıklanır. 100 g

bitter çikolata verilen sağlıklı gönüllülerde trombosit yığınının azaldığı, beyaz ya da sütlü çikolata alımından sonra aynı etkinin gözlenmediği görülmüştür.⁷⁷ Kakao sadece trombosit yığılmasını değil aynı zamanda adhezyonu da azaltır.

Genç sağlıklı sigara tüketicilerinde bitter çikolatanın trombosit adhezyonunu azalttığı kayma gerilimi bağımlı trombosit testi ile değerlendirilmiştir.⁷⁸ Benzer şekilde, stearik asitin, çikolatada genellikle bulunan doymuş yağın insanlarda ortalama trombosit hacmini (trombosit aktivasyonunun bir göstergesi) azalttığı bulunmuştur.⁷⁹

3.3. Kan basıncı

Olumlu epidemiyolojik kanıtlar kakaonun kan basıncı üzerindeki klinik çalışmaların gelişimini hızlandırmıştır.¹⁹

Kuna Kızılderililerinde yapılan ilk çalışmalardan sonra çikolatanın kan basıncı düşürücü etkisine epidemiyolojik destek Zutphen Elderly çalışmasından gelmiştir. 470 erkek ile gerçekleştirilen bu kohortta kakao alımının kan basıncı ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur. Çok değişkenli istatistiksel düzenlemelerden sonra kakao alımının en yüksek bölümü en düşük bölümü ile karşılaştırıldığında ortalama sistolik kan basıncı 3,8 mm Hg daha düşük bulunmuştur.⁸⁰ Üniversite mezunları arasında yapılan bir başka kohort çalışmada çikolata tüketimi ve hipertansiyon arasındaki ilişki değerlendirmiş fakat kakaonun koruyucu etkisi gözlenmemiştir.⁸¹

Kakaonun antihipertansif özellikleri ile ilgili daha fazla kanıt yakın zamanda yayınlanan; prehipertansiyon ya da birinci basamak hipertansiyon hastalarında, bitter çikolata ile beyaz çikolata tüketiminin uzun süreli etkisin karşılaştıran girişimsel çalışma ile gelmektedir.

Tablo 5: Kakao ve endotelial fonksiyonu inceleyen çalışmalar

Yazarlar	Sayı	Katılımcılar	Süre	Müdahale	Sonuç	Yazarlar
(Grassi ve ark., 2005)	20	Tedavi edilmemiş hipertansiyon hastaları	15 gün (crossover)	100 g bitter çikolata (21,91 mg kateşin, 65,97mg epikateşin)	Brakiyel arterde akım aracılı vazodilatasyon artışı, kan basıncı ve LDL kolesterolde azalma, insülin hassasiyetinde artma	(Grassi ve ark., 2005)
(Hermann ve ark., 2006)	20	Sağlıklı sigara kullanıcıları	2 saat	40 g ticari bitter çikolata vs beyaz çikolata	Brakiyel arterde akım aracılı vazodilatasyon artışı, antioksidan statüsü ve trombosit fonksiyonunda gelişme	(Hermann ve ark., 2006)
(Flammer ve ark., 2007)	22	Kalp transplant alıcıları	2 saat	40 g ticari bitter çikolata vs flavonoid içermeyen placebo çikolata	Koroner vazodilatasyonu başlatma ve trombosit ve koroner endotel fonksiyonu geliştirme	(Flammer ve ark., 2007)
(Balzer ve ark., 2008)	41	Diyabetli katılımcılar	4 hafta	Yüksek flavanol içeriğine sahip kakao içeceği	Akım aracılı vazodilatasyonda gelişme (akut ve kronik)	(Balzer ve ark., 2008)
(Grassi ve ark., 2008)	19	Hipertansif, bozulmuş glukoz toleransı olan hastalar	2 hafta	Flavanolden zengin bitter çikolata	Akım aracılı vazodilatasyon, insülin hassasiyeti, B-hücre fonksiyonu ve kan basıncında gelişim	(Grassi ve ark., 2008)

44 yetişkin ile yapılan çalışmada akşam saatlerinde günlük az miktarda (6,3 g, 30 kkal) 30 mg polifenol içeren bitter çikolata alımının; 2,9±1.6 mm Hg ile ortalama sistolik kan basıncını ve 1,9±1.0 mm Hg diastolik kan basıncını, plazma lipit seviyelerinde ve glukozda değişiklik olmadan anlamlı olarak azalttığı bulunmuştur. Beyaz çikolata alımı ise kan basıncında ya da plazma göstergelerinde değişikliğe neden olmamıştır.⁸²

Ayrıca NO üretimindeki artış ile kan basıncındaki küçük azalmanın bitter çikolata tüketiminden kaynaklandığı görülmüştür.⁸³ eNOS aktivitesinin artmasının yanı sıra diğer mekanizmalar kakaodan zengin yiyeceklerin anti-hipertansif etkisine katkıda bulunabilir. İzole ya da besin kaynaklı flavanoller anjiyotensin dönüştürücü enzim aktivitesini in vitro olarak inhibe edebilir.⁸⁴ Yakın zamanda yapılmış başka bir çalışmada %72 kakao içeren 75 g

bitter çikolata alımından 3 saat sonra katılımcıların kanlarında anjiyotensin-dönüştürücü enzim inhibisyonu anlamlı bulunmuştur.⁸⁵ Son olarak stearik asit ya da teobromin⁸⁶ bu etkilere katkı sağlayabilir. Nitekim Çoklu Risk Faktörü Girişim Deneyi'nde kesitsel lineer regresyon analizi stearik asit düzeylerinin diastolik kan basıncı ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur.⁸⁷

3.4. Kan lipit profilleri

Kakao bitkisinden türeyen kakao yağı, bitter çikolatada büyük çoğunlukla bulunan ortalama %33 tekli doymamış oleik asit ve %33 stearik asit içerir. Genelde, bitkisel stearik asit ne yüksek yoğunluklu lipoproteini (HDL) düşürür ne de LDL'yi ya da total kolesterolü artırır.⁸⁸ Sağlıklı genç bireyleri içeren çalışmada, yüksek karbonhidratlı atıştırmalık tüketimi yerine sütlü çikolata bar (46 g) tüketiminin HDL kolesterolü arttırdığı ve plazma trigliseritlerini azalttığı fakat

diyetteki total yağ alımına rağmen LDL'yi etkilemediği bulunmuştur.⁸⁹ 2010 yılında yapılmış olan bir meta-analiz, kakao alımının lipit profiline kısa süreli yanıtını içeren randomize kontrollü çalışmaları değerlendirmiştir. Toplam kolesterolde [-5,82 mg/dL (95% GA: -12,30/0,76)] ve LDL'de (95% GA: -11,13/-0,61)] küçük bir azalma bulunmuş fakat HDL'de bulunmamıştır. Bununla birlikte doz ilişkili etki için kanıt yoktur ve bu değişiklikler kardiyovasküler riskli katılımcılar ile sınırlı kalmıştır.⁹⁰ Hipertansif hastalarda günlük 100 g flavonoidden zengin çikolata tüketimi 2 haftadan fazla sürenin sonunda serum toplam ve LDL kolesterol seviyelerinde anlamlı %12 azalmaya sebep olmuştur.⁹¹ Dahası, kakaonun LDL oksidasyonunu inhibe ettiği görülmüştür.

Sağlıklı bireylerde günlük 75 g polifenolden zengin bitter çikolata 3 haftadan sonra HDL kolesterolü %14 kadar arttırdığı ve lipit peroksidasyonunu inhibe ettiği bulunmuştur.⁹² Japonya'da yapılan bir çalışma hiperkolesterolemik hastalarda flavanolden zengin kakaonun plazma LDL seviyesini ve okside LDL'yi düşürdüğü ve HDL serum konsantrasyonlarını arttırdığını göstermiştir.⁹³

Genel olarak, çikolatanın ve çeşitli bileşenlerinin lipit seviyeleri üzerine etkisi kesin değildir daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır. Bununla birlikte, yüksek yağ içeriğine rağmen, kakaonun lipit metabolizması üzerine olumsuz herhangi bir etkisinin olmadığı görülmektedir.⁹⁴

3.5. İnsülin direnci

İnsülin hassasiyeti kısmen insülin aracılı NO salınımına bağlıdır.⁹⁵ Bu yüzden flavanoller ve diyetsel antioksidanlar insülin direncini NO biyoyararlığını iyileştirerek azaltabilir. Bu bilgi doğrultusunda, Grassi ve ark.⁹¹ hipertansiyonu olan hastalarda 15 günlük 100 g flavanolden zengin çikolata alımı sonrası düşük insülin direnci görüldüğünü bildirmiştir. Dahası, bozulmuş glukoz toleransı olan hipertansif hastalarda flavanolden zengin bitter çikolata kan basıncını azaltma ya da endotelial fonksiyonu düzeltmenin yanı sıra insülin hassasiyetini ve B hücre fonksiyonunu da iyileştirir.⁹⁶

Bununla birlikte, diyabetik hastalarda kakao çalışmaları yetersiz olduğundan ve diyabetikler obez olmaya yatkın olduklarından dolayı, bu hastalara kakao ya da flavanoidden zengin çikolata tüketimi için tavsiyeler dikkatlice yapılmalıdır.⁹⁴

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kakao ürünleri ve çikolata insanlar tarafından yüzyıllardır tüketilmektedir. Çikolata ve kakao flavanollerden zengin besinlerdir ve bu sebeple birçok çalışma bu besinlerin kalp sağlığı üzerine olumlu etkileri olduğunu gösteren güçlü kanıtlar ortaya çıkarmıştır. Kardiyovasküler sistemi etkileyen bu etmenler endotel fonksiyonu iyileştirerek, trombosit reaktivitesini azaltarak işlev görmektedir. Çikolata ve içeriğinin bahsedilen olumlu etkilerinin yanı sıra kullanımı konusunda önlem almak gerekebilir. Oldukça yüksek şeker ve yağ içeriğine sahip olan mevcut ticari çikolatalar çok yüksek enerjiler içermektedir. Bu sebep ile tüketilirken obezite, diş çürükleri, diyabet gibi

hastalıkları tetikleyen yüksek şeker miktarı göz önünde bulundurularak tüketilmelidir. Tüketim esnasında porsiyon miktarına dikkat edilmelidir, daha düşük şeker içerikli ve kakao miktarı fazla olan ürünler tercih edilmelidir. Bitter çikolatanın güvenliği, kullanılabilirliği ve cazip lezzeti onu genel kardiyovasküler sağlığı geliştirmede kullanılacak umut verici bir aday olarak sunmaktadır. En az %60 kakao içeren ürünlerin günde yaklaşık 2 gram tüketilmesinin kardiyovasküler hastalıklar için optimal koruma sağladığı güncel çalışmalarda belirtilmiştir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. The global burden of disease: 2008, update. Genova.
2. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics- 2015, Update. United States.
3. World Health Organization. Cardiovascular diseases Fact sheet 2015; 317.
4. Rayner M, Allender S, Scarborough P. Cardiovascular disease in Europe. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 2009; 43-47.
5. Buitrago-Lopez A. Chocolate consumption and cardiometabolic disorders: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2011; 343(4488), 1-8.
6. Ünal B. Kalp ve Damar Hastalıkları. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması). Ankara, Türkiye: Sağlık Bakanlığı Yayın No:909. 2013; 191-206.
7. Hobbs F, Jukema J, Da Silva P, McCormack T, Catapano, A. Barriers to cardiovascular disease risk scoring and primary prevention in Europe. *Q J Med*, 2010; 03: 727-739.
8. Stampfer MJ, Hu FB, Joann ME, Rimm EB, Willet WC. Primary Prevention of Coronary Heart Disease in Women through Diet and Lifestyle. *The New England Journal of Medicine* 2000; 343: 16-22.
9. [Http://www.worldcocoaafoundation.org/about-cocoa/cocoa-value-chain](http://www.worldcocoaafoundation.org/about-cocoa/cocoa-value-chain) Erişim tarihi: 08.06.2016.
10. Frank HB, Walter WC. Optimal Diets for Prevention of Coronary Heart Disease. *The Journal of the American Medical Association* 2002; 288(20): 2569-2578.
11. Ding EL, Hutfless SM, Ding X, Girotra S. Chocolate and Prevention of Cardiovascular Disease: A Systematic Review. *Nutrition & Metabolism* 2006.
12. Waterhouse A, Shirley J, Donovan J. Antioxidant in chocolate. *Lancet* 1996; 348, 834.
13. Mostofsky, E., Levitan, E. B., Wolk, A., & Mittleman, M. A. Chocolate Intake and Incidence of Heart Failure: A PopulationBased,. *American Heart Association. Circulation* 2010; 3(5): 612-616.
14. Buijsse B, Weikert C, Drogan D, Bergmann M, Boeing H. Chocolate consumption in relation to blood pressure and risk of cardiovascular disease in German adults. *European Heart Journal* 2010; 31(13): 1616-1623.
15. Djousse L, Hopkins PN., Arnett DK, Pankow JS, Borecki I, North KE, Chocolate Consumption is Inversely Associated with Calcified Atherosclerotic Plaque in the Coronary Arteries: The NHLBI Family Heart Study. *Clinical Nutrition* 2011; 30(1): 38-43.
16. Djousse L, Hopkins PN, North KE, Pankow JS, Arnett DK, Ellison RC. Chocolate Consumption is Inversely Associated with Prevalent. *Clinical Nutrition* 2011; 30(2): 182-187.
17. Kwok SC, Boekholdt SM, Lentjes MA, Loke YK, Luben RN, Yeong JK. Habitual chocolate consumption and risk of cardiovascular disease among healthy men and women. *Heart* 2015; 101(16): 1279-1287.
18. Coe SD, Coe MD. *The True History of Chocolate* (Kindle edition b.). 1996; London, UK: Thames & Hudson.
19. Fernandez-Murga L, Tarin J, Garcia-Perez M, Cano A. The Impact of Chocolate on Cardiovascular Health. *Maturitas* 2011; 69: 312-321.
20. Lee K W, Kim YJ, Lee HJ, Lee CY. Cocoa has more phenolic phytochemicals and a higher antioxidant capacity than teas and red wine. *Journal of Agricultural and Food Chemistry* 2003; 51(25): 7292-7295.
21. Borchers AT, Keen CL, Hannum SM, Gershwin ME. Cocoa and Chocolate: Composition, Bioavailability, and Health Implications. *Journal of Medicinal Food* 2004; 3(2): 77-105.
22. Aremu C, Agiang M, Ayatse J. Nutrient and antinutrient profiles of raw and fermented cocoa beans. *Plant Foods for Human Nutrition* 1995; 48(3): 217-223.
23. Bracco U. Effect of triglyceride structure on fat absorption. *The American Journal of Clinical Nutrition* 1994; 60(6): 1002-1009.
24. Grundy, S. M. (1994). Influence of stearic acid on cholesterol metabolism relative to other long-chain fatty acids. *The American Journal of Clinical Nutrition* 1994; 60(6): 986-990.
25. Lairon D. Dietary fatty acids and arteriosclerosis. *Biomed Pharmacotherapy* 1997; 51(8): 333-336.
26. Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci EL, Spiegelman D, Stampfer M, Willet WC. Dietary fat and risk of coronary heart disease in men: cohort follow up study in the United States. *British Medical Journal* 1996; 313(7049): 85-90.
27. Bonanome A, Grundy SM. Effect of dietary stearic acid on plasma cholesterol and lipoprotein levels. *The New England Journal of Medicine* 1988; 318(19): 1244-1248.
28. Tholstrup T, Marckmann P, Jespersen J, Sandström B. Fat high in stearic acid favorably affects blood lipids and factor VII coagulant activity in comparison with fats high in palmitic acid or high in myristic and lauric acids. *The American Journal of Clinical Nutrition* 1994; 59(2): 371-377.
29. Kritchevsky D. Stearic acid metabolism and atherogenesis: history. *The American Journal of Clinical Nutrition* 1994; 60(6): 997-1001.
30. Maki K, Davidson M, Umprowicz D, Schaefer E, Dicklin M, Ingram, K. Lipid responses to plant-sterol-enriched reduced-fat spreads incorporated into a National Cholesterol Education Program Step I diet. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2001; 74(1): 33-43.
31. Staphylakis K, Gegiou D. Free, esterified and glucosidic sterols in cocoa butter. *Springer Link* 1985; 20(11): 723-728.
32. Steinberg F, Bearden M, Keen C. Cocoa and chocolate flavonoids: implications for cardiovascular health. *The Journal of American Dietetic Association* 2003; 103(2): 215-223.
33. Davidsson L, Walczyk T, Morris A, Hurrell R. Influence of ascorbic acid on iron absorption from an iron-fortified, chocolate-flavored milk drink in Jamaican children. *The American Journal of Clinical Nutrition* 1998; 67(5): 873-877.
34. Jenkins D, Kendall C, Vuksan V, Vidgen E, Wong E, Augustin L. Effect of cocoa bran on low-density lipoprotein oxidation and fecal bulking. *American Medical Association's journal of internal medicine* 2000; 160(15): 2374-2379.
35. Fernandez M. Soluble fiber and nondigestible carbohydrate effects on plasma lipids and cardiovascular risk. *Current Opinion in Lipidology* 2001; 12(1): 35-40.
36. Harland B, Oberleas D. Phytate and Zinc Contents of Coffees, Cocoas, and Teas. *Journal of Food Science* 1985; 50(3): 832-833.
37. Aremu C, Abara A. Hydrocyanate, oxalate, phytate, calcium and zinc in selected brands of Nigerian cocoa beverage. *Plant Foods for Human Nutrition* 1992; 42(3): 231-237.
38. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults, Comment in *JAMA*, 2001;285(19): 2508-9.
39. Crozier, A., Yokota T, Jaganath IB, Saltmarsh M, Clifford MN. Plant Secondary Metabolites: Occurrence, Structure and Role in the Human Diet Oxford: Blackwell Publishing 2006; 208-302.
40. Kim H, Keeney P. Epicatechin Content in Fermented and Unfermented Cocoa Beans. *Journal of Food Science* 1984; 49(4): 1090-1092.
41. Del Rio D, Rodriguez-Mateos A, Spencer JP, Tognolini M, Borges G, Crozier A. Dietary (Poly)phenolics in Human Health: Structures, Bioavailability, and Evidence of Protective Effects Against Chronic Diseases. *Antioxidants & Redox Signaling* 2013; 18(14): 1818-1892.
42. Zumbe A. Polyphenols in cocoa: are there health benefits *Nutrition Bulletin*, 1998; 23(1): 94-102.
43. Osakabe N, Yamagishi M, Sanbongi C, Natsume M, Takizawa T, Osawa T. The antioxidative substances in

- cocoa liquor. *Journal of Nutritional Science and Vitaminology* 1998; 44(2): 313-321.
44. Porter L, Ma Z, Chan B. Cacao procyanidins: Major flavanoids and identification of some minor metabolites. *Phytochemistry* 1991; 30(5): 1657-1663.
45. Miller KB, Stuart DA, Smith NL, Lee CY, Mchale N, Flanagan JA. Antioxidant activity and polyphenol and procyanidin contents of selected commercially available cocoa-containing and chocolate products in the United States. *Journal of Agricultural Food Chemistry* 2006; 54(11): 4062-4068.
46. Holt RR, Lazarus SA, Sullards M C, Zhu QY, Schramm DD, Hammerstone JF. Procyanidin dimer B2 [epicatechin-(4 β -8)-epicatechin] in human plasma after the consumption of a flavanol-rich cocoa. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2002; 76(4): 798-804.
47. Schramm DD, Karim M, Schrader HR, Holt RR, Kirkpatrick NJ, Polagruto JA. Food effects on the absorption and pharmacokinetics of cocoa flavanols. *Life Science* 2003; 73(7): 857-869.
48. Manach C, Scalbert A, Morand C, Remesy C, Jimenez L. Polyphenols: food sources and bioavailability. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2004; 79(5): 727-747.
49. Sarda-Urpi M, Monogas M, Khan N, Lamuela-Raventos RM, Santos-Buelga C, Sacanella E. Epicatechin, procyanidins, and phenolic microbial metabolites after cocoa intake in humans and rats. *Analytical and Bioanalytical Chemistry* 2009; 394(6): 1545-1556.
50. Fogliano V, Corollaro LM, Vitaglione P, Napolitano A, Ferracane R, Travaglia F. In vitro bioaccessibility and gut biotransformation of polyphenols present in the water-insoluble cocoa fraction. *Molecular Nutrition & Food Research* 2011; 55(1): 44-55.
51. Cook N, Samman S. Flavonoids—Chemistry, metabolism, cardioprotective effects, and dietary sources. *The Journal of Nutritional Biochemistry* 1996; 7(2): 66-76.
52. Hertog MG, Hollman PC, Katan MB. Content of potentially anticarcinogenic flavonoids of 28 vegetables and 9 fruits commonly consumed in the Netherlands. *Journal of Agricultural and Food Chemistry* 1992; 40(12): 2379-2383.
53. Knekt P, Reunanen A, Jarvinen R, Seppanen R, Heliövaara M, Aromaa A. Antioxidant Vitamin Intake and Coronary Mortality in a Longitudinal Population Study. *American Journal of Epidemiology* 1994; 139(12): 1180-1189.
54. Bravo L. Polyphenols: Chemistry, Dietary Sources, Metabolism, and Nutritional Significance. *Nutrition Reviews* 1998; 56(11): 317-333.
55. Steinberg D, Parthasarathy S, Carew TE, Khoo JC, Witztum JL. Beyond cholesterol. Modifications of low-density lipoprotein that increase its atherogenicity. *The New England Journal Of Medicine* 1989; 320(14): 915-924.
56. Aviram M. Modified forms of low density lipoprotein and atherosclerosis. *Atherosclerosis* 1993; 98(1): 1-9.
57. Hii CL, Law CL, Suzannah S, Cloke M, Cloke M. Polyphenols in cocoa. *Asian Journal of Food and Agro-Industry* 2009; 702-722.
58. Bakan A, Eksi A. Gıdaların antioksidan kapasitesinin belirleme yöntemleri. *Dünya Gıda Dergisi* 2006.
59. Wang H, Cao G, Prior RL. Total Antioxidant Capacity of Fruits. *Journal of Agricultural Food and Chemistry* 1996; 44: 701-705.
60. Adamson GE, Lazarus SA, Mitchell AE, Prior RL, Cao G, Jacobs PH. HPLC Method for the Quantification of Procyanidins in Cocoa and Chocolate Samples and Correlation to Total Antioxidant Capacity. *Journal of agricultural Food and Chemistry* 1999; 47(10): 4184-4188.
61. Kalt W, Ryan DA, Duy JC, Prior RL, Ehlenfeldt MK, Kloet SV. Interspecific Variation in Anthocyanins, Phenolics, and Antioxidant Capacity among Genotypes of Highbush and Lowbush Blueberries (Vaccinium Section cyanococcus spp.). *Journal of Agricultural Food and Chemistry* 2001; 49(10): 4761-4767.
62. Othman A, Ghani NA, Adenan I. Antioxidant capacity and phenolic content of cocoa beans. *Food Chemistry* 2007; 100(4): 1523-1530.
63. Pannala AS, Chan TS, O'Brien PJ, Rice-Evans CA. Flavonoid B-Ring Chemistry and Antioxidant Activity: Fast Reaction Kinetics. *Biochemical and Biophysical Research Communications* 2001; 282(5): 1161-1168.
64. Arteel GE, Sies H. Protection against peroxynitrite by cocoa polyphenol. *FEBS Letters* 1999; 462 (1-2): 167-170.
65. Lotito SB, Actis-Goretta L, Renart ML, Caligiuri, M, Rein D, Schmitz HH. Influence of Oligomer Chain Length on the Antioxidant Activity of Procyanidins. *Biochemical and Biophysical Research Communications* 2000; 276(3): 945-951.
66. Rein D, Lotito S, Holt RR, Keen CL, Schmitz HH, Fraga CG. Epicatechin in Human Plasma: In Vivo Determination and Effect of Chocolate Consumption on Plasma Oxidation Status. *The Journal of Nutrition* 2000; 130(8): 2109-2114.
67. Wang JF, Schramm DD, Holt RR, Ensunsa JL, Fraga CG, Schmitz HH. A Dose-Response Effect from Chocolate Consumption on Plasma Epicatechin and Oxidative Damage. *The Journal of Nutrition* 2000; 130(8): 2115-2119.
68. Miller KB, Hurst WJ, Payne MJ, Stuart DA, Apgar J, Sweigart DS. Impact of Alkalization on the Antioxidant and Flavanol Content of Commercial Cocoa Powders. *Journal of Agricultural and Food Chemistry* 2008; 56(18): 8527-8533.
69. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2015. Türkiye İstatistik Kurumu 2016
70. Joannides R, Haefeli WE, Linder L, Richard V, Bakkali E, Thuillez C. Nitric Oxide Is Responsible for Flow-Dependent Dilatation of Human Peripheral Conduit Arteries In Vivo. *American Heart Association. Circulation* 1995; 91: 1314-1319.
71. Joannides R, Richard V, Haefeli WE, Linder L, Lüscher TF, Thuillez C. Role of Basal and Stimulated Release of Nitric Oxide in the Regulation of Radial Artery Caliber in Humans. *American Heart Association. Hypertension* 1995; 26: 327-331.
72. Oemar BS, Tschudi MR, Godoy N, Brovkovich V, Malinski T, Lüscher TF. Reduced Endothelial Nitric Oxide Synthase Expression and Production in Human Atherosclerosis. *American Heart Association. Circulation* 1998; 97: 2494-2498.
73. Ross R. Atherosclerosis- An Inflammatory Disease. *The New England Journal of Medicine* 1999; 340: 115-126.
74. Fuster V, Moreno PR, Fayad ZA, Corti R, Badimon JJ. Atherothrombosis and High-Risk Plaque: Part I: Evolving Concepts. *Journal of the American College of Cardiology* 2005; 46(6): 937-954.
75. Keen CL, Holt RR., Oteiza PI, Fraga CG, Schmitz HH. Cocoa antioxidants and cardiovascular health. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2005; 81(1): 298-303.
76. Pearson DA, Paglieroni TG, Rein D, Wun T, Schramm DD, Wang JF. The effects of flavanol-rich cocoa and aspirin on ex vivo platelet function. *The Journal of Emergency Medicine* 2002; 106(4-5): 191-197.
77. Innes A, Kennedy G, Bancroft A, Belch J. Dark chocolate inhibits platelet aggregation in healthy volunteers. *Platelets* 2003; 14(5): 325-327.
78. Hermann F, Spieker LE, Ruschitzka F, Sudano I, Hermann M, Binggeli C. Dark chocolate improves endothelial and platelet function. *Heart* 2006; 92: 119-120.
79. Kelly F, Sinclair A, Mann N, Turner A, Abedin L, Li D. A stearic acid-rich diet improves thrombogenic and atherogenic risk factor profiles in healthy males. *European Journal of Clinical Nutrition* 2001; 55(2): 88-96.
80. Buijsse B, Feskens EJ, Kok FJ, Kromhout D. Cocoa intake, blood pressure, and cardiovascular mortality: the

- Zutphen Elderly Study. Archives of Internal Medicine 2006; 166(4): 411-417.
81. Alonso A, Fuente C, Beunza JJ, Sanchez-Villegas A, Martinez-Gonzalez MA. Chocolate Consumption and Incidence of Hypertension. American Heart Association. Hypertension 2005; 46: 21-22.
82. Taubert D, Roesen R, Lehmann C, Jung N, Schömig E. Effects of Low Habitual Cocoa Intake on Blood Pressure and Bioactive Nitric Oxide. The Journal of the American Medical Association 2007; 298(1): 49-60.
83. Foster MW, Pawloski JR, Stamler S, Stamler JS. Role of Circulating S-Nitrosothiols in Control of Blood Pressure. American Heart Association. Hypertension 2005; 45: 15-17.
84. Actis-Goretti L, Ottaviani JI, Fraga CG. Inhibition of Angiotensin Converting Enzyme Activity by Flavanol-Rich Foods. Journal of Agricultural and Food Chemistry 2006; 54(1): 229-234.
85. Persson I, Persson K, Hagg S, Andersson R. Effects of Cocoa Extract and Dark Chocolate on Angiotensin-converting Enzyme and Nitric Oxide in Human Endothelial Cells and Healthy Volunteers—A Nutrigenomics Perspective. Journal of Cardiovascular Pharmacology 2011; 57(1): 44-50.
86. Kelly CJ. Effects of theobromine should be considered in future studies. The American journal of Clinical Nutrition 2005; 82(2): 486-487.
87. Simon JA, Fong J, Bernert JT. Serum Fatty Acids and Blood Pressure. American Heart Association. Hypertension 1996; 27: 303-307.
88. Mensink RP, Zock PL, Kester AD, Katan MB. Effects of dietary fatty acids and carbohydrates on the ratio of serum total to HDL cholesterol and on serum lipids and apolipoproteins: a meta-analysis of 60 controlled trials. The American Journal of Clinical Nutrition 2003; 77(5): 1146-1155.
89. Kris-Etherton P, Zock P, Kester A, Katan M. Effects of a milk chocolate bar per day substituted for a high-carbohydrate snack in young men on an NCEP/AHA Step 1 Diet. The American Journal of Clinical Nutrition 1994; 60(6): 1037-1042.
90. Jia L, Liu X, Bai YY, Hua Li S, Sun K, He C. Short-term effect of cocoa product consumption on lipid profile: a meta-analysis of randomized controlled trials. The American Journal of Clinical Nutrition 2010; 92(1): 218-225.
91. Grassi D, Lippi C, Necozione S, Desideri G, Ferri C. Short-term administration of dark chocolate is followed by a significant increase in insulin sensitivity and a decrease in blood pressure in healthy persons. The American Journal of Clinical Nutrition 2005; 81(3): 611-614.
92. Mursu J, Voutilainen S, Nurmi T, Rissanen TH, Virtanen JK, Kaikkonen. Dark chocolate consumption increases HDL cholesterol concentration and chocolate fatty acids may inhibit lipid peroxidation in healthy humans. Free Radical Biology and Medicine 2004; 37(9): 1351-1359.
93. Baba S, Osakabe N, Kato Y, Natsume M, Yasuda A, Kido T. Continuous intake of polyphenolic compounds containing cocoa powder reduces LDL oxidative susceptibility and has beneficial effects on plasma HDL-cholesterol concentrations in humans. The American Journal of Clinical Nutrition 2007; 709-717.
94. Corti R, Flammer AJ, Hollenberg NK, Lüscher TF. Cocoa and Cardiovascular Health. American Heart Association. Circulation 2009; 119: 1433-1441.
95. Zeng G, Nystrom FH., Ravichandran LV, Kirby M, Motowski H, Quon MJ. Roles for Insulin Receptor, PI3-Kinase, and Akt in Insulin-Signaling Pathways Related to Production of Nitric Oxide in Human Vascular Endothelial Cells. American Heart Association 2000; 101: 1539-1545.
96. Grassi D, Desideri G, Necozione S, Lippi C, Casale R, Properzi G. Blood Pressure Is Reduced and Insulin Sensitivity Increased in Glucose-Intolerant, Hypertensive Subjects after 15 Days of Consuming High-Polyphenol Dark Chocolate. The Journal of Nutrition 2008; 138(9): 1671-1676.

Root Cause Analysis: Examples of Scenario

Kök Neden Analizi: Senaryo Örnekleri

Ş. Didem KAYA¹

ABSTRACT

Root cause analysis covers the studies directed on the precautions to be taken in determination of what the mainsprings are in starting points of the faults occur and in not repetition of these errors. In this study, root cause analysis and the process is evaluated and it is tried to be shown how it is applied in health institutions.

A scenario about incidents and faults was developed within the scope of patient and employee safety in health institution for understanding of the issue. Root cause analysis was carried out to identify errors preventing strategies related to the scenario fictionalized.

The issues threatening patient safety are detected and prevention strategies related to the issue are determined. Prevention strategies can be named as inadequate orientation and training, not carrying out patient identity verification, inadequate communication, and the deficiencies on the issue of exercising routine controls of the personnel and usage of protective equipment.

Development of preventing strategies in consequence of root cause analysis related to the issues threatening patient and personnel safety has a significant role in preventing and decreasing unexpected incidence. Examples of the incidence to be done about the precautions to be taken within the direction of these strategies, new technical applications and personnel safety and patient care and treatment are presented.

Keywords: Root Cause Analysis, Patient Safety, Employee Safety.

ÖZET

Kök neden analizi, meydana gelen hatalarda hataların çıkış noktasındaki asıl nedenin ne olduğunun tespitinde ve hataların tekrarlanmaması için alınacak tedbirlere yönelik çalışmaları kapsamaktadır. Bu çalışmada kök neden analizi ve süreci incelenerek, sağlık kurumlarında nasıl uygulandığı gösterilmeye çalışılmıştır.

Konunun anlaşılması için sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliği kapsamında olay ve hatalara yönelik senaryo geliştirilmiştir. Kurgulanan senaryo ile ilgili olarak hata önleme stratejilerini belirlemek için kök neden analizi yapılmıştır.

Senaryo analizi sonucunda hasta güvenliğini tehdit eden durumlar tespit edilerek, konu ile ilgili önleme stratejileri belirlenmiştir. Önleme stratejileri; yetersiz oryantasyon ve eğitim, hasta kimlik doğrulamasının yapılmaması, yetersiz iletişim, çalışanların rutin kontrollerinin yapılmasındaki ve koruyucu ekipmanların kullanımı konusundaki eksiklikler gibi nedenler sayılabilmektedir

Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden durumlarla ilgili kök neden analizi sonucunda önleme stratejilerinin geliştirilmesi, beklenmedik olayların önlenmesi ve azaltılmasında anahtar bir rol oynamaktadır. Bu stratejiler doğrultusunda alınacak önlemler, yeni teknik uygulamalar ile çalışan güvenliği ve hasta bakımı ve tedavisi kapsamında neler yapılabileceğine dair öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kök Neden Analizi, Hasta Güvenliği, Çalışan Güvenliği.

* The summary of this study was presented as oral presentation "Athens 3rd International Conference on Medical, Medicine and Health Sciences-MMHS 14-15 October 2016 Athens"

¹Asist. Prof. Dr. Department of Health Management, Faculty of Health Sciences, Konya Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey

INTRODUCTION AND AIM

The patient and employee safety programs are a part of quality improvement programs and quality units focused on continuous improvement in health-care organizations. The patient safety is preventing of errors depend on the health services and redesigning the entire system in order to remove injuries and deaths caused by these errors.¹ Also, the employee safety is used to qualify the studies that aims and provides the employees to work in a safe environment and safe conditions and that are carried out for the employees to be in good condition either physically or spiritually and socially.²

Some situations as nearly error, adverse event, and unexpected events can happen in health-care organizations. There is necessary to carry out the root cause analysis in order to find the reasons of the errors that actualized and to prevent recurrence of these errors.³

The root cause analysis includes the studies that are intended to determine the mainspring that is in errors occurred, behind the apparent causes and fountain head of the errors and the studies that are intended to the

measures to be taken and changes to be done in order to prevent the reoccurrence of the errors.⁴

The root cause analysis is important in terms of the facts that doing the works in a better way and developing the action plan for “overreaching the blaming” and helping give the best care services for the patients accordingly; and ensuring employee safety; and it is sharable inside the organization for preventing lessons learned, regeneration and nearly errors; and it includes redesigning of the faulty systems that can be repeated in the future.⁵

The root cause analysis can start the improvement process with plan-do-check-act (PDCA) and HTEA studies by using one of the methods as fish-bone diagram, pareto analysis, brain blooming.⁶

The cases were existed or are going to be existed within the scope of patient and employee safety were built as a scenario and aimed to identify the root causes of the errors and to develop the avoiding strategies.

METHODS AND MATERIALS

Some scenarios were built in health-care organizations for the events and errors within the scope of patient and employee safety in order to understand the subject of root cause analysis scenario; subject to be in accordance with experiences and knowledge-being inspired of the cases currently happening or already happened-there was built two scenarios that are threatening the patient and employee safety by taking into consideration also the examples given in a wide range of literature search and based on own working experience. The scenarios built are as follows:

Scenario example 1

Doctor A gave instructions to beginner (for one week) clinic nurse for giving the Coumadin tablet to the patient numbered 404/2. However, the patient in 404/2 was taken to the private room by caregiver upon

the instruction of Doctor B from one-upper seniority. Also, a new patient (whose surgery is planned) who was brought to the service newly was hospitalized to the sickbed numbered 404/2. The clinic nurse made the Coumadin tablet drink to the patient without making the identification for patient. While there was learned that the patient took Coumadin tablet before surgery – because of the fact that this medicine can result bleeding after surgery-the planned surgery of the patient was not operated that day accordingly.

Scenario example 2

While cleaning staff A was collecting the medical waste from treatment room (the needle drilled the red pocket and its spike gone out) during his/her daily routine works, he/she was injured from the leg because of the pinprick. The cleaning staff A who is just

three months employee reported this situation to unit supervisor; and unit supervisor also reported the situation to employee safety committee. The extensive research on the subject was conducted.

The root cause analysis was performed in potential errors and risks about the scenarios built and preventing strategies were developed accordingly.

RESULTS

While scenario 1 is evaluated; it is suitable to carry out the root cause analysis aimed to preventing the medicine errors that are threatening patient safety.

There was reached some root causes as inadequate training and orientation of employees, deficiency of experience, problems arising from the communication system between the health staff and errors in

teamwork, not to realize patient authentication process, carelessness.

While also scenario 2 is evaluated, some fact were identified as the root causes identified in the situations that threaten the employee safety; as inadequate training and orientation of employees, not to question about the vaccines of the cleaning staff during the start of work, problems about using of personal protective equipment.

DISCUSSION

The scenarios developed in the scope of patient and employee safety were analyzed. The root causes were determined as a result of analysis; and preventing strategies were developed accordingly.

The patient safety about the analysis of *Scenario 1*; the medicine are passing through several stages until they reach the patient. These stages include the purchasing process of the medicine that will be used in hospital, the storing of the medicine by the chemist properly after they entered the hospital, distribution of the medicine to the usage areas, giving the order by the doctor for the medicine to be applied on patient, preparing of the medicine by chemist or nurse and labelling of the medicine and applying of the medicine on the patient by the nurse.⁴

Root cause 1

Inadequate training and orientation.

Prevention strategies; It is necessary to give patient safety targets, basic education and in service training during orientation period about the risks of medicine to the employees in order to create patient safety culture in organization.

Root cause 2

Deficiency of experience and carelessness.

Prevention strategies; Working together with the coaches for the beginners (not to treat the patients alone) in their orientation process about treating the patients may prevent the errors.

Root cause 3

The deficiencies about the communication system between the health-care staff and the errors about the teamwork.

Safe medicine implementation institute determined 10 system elements as the reasons of medicine errors. One of these elements is communication and the errors about the teamwork.⁷

Prevention strategies; while it is thought that there is more than one health-care staff in a department, this situation results miscommunication between them and some errors. Establishing a clear communication between the health-care staff while transferring information about the patient seriously prevents the errors that may occur. Thus, the informing between the health-care

staff about the articles of patient should be carried out completely. This also requires an effective teamwork.

Some policies should be created in order to prevent the miscommunication between the staff to result the errors. One of these policies should be as-follows; the employees should communicate each other by using the name of the patient not the room.

Root cause 4

Not to realize the patient authentication process.

Prevention strategies; the patient wristbands that include the identifying information are used in all patients who are having the inpatient treatment. The nurses should verify the identity of the patient by asking his/her name, date of birth as day-month-year before the treatment and should control the protocol number from the wristband of the patient and then give the medicine. Thus, it becomes possible to prevent the error. The authentication process can also be carried out by barcode scanners in some cases.

About the Scenario 2 analysis; employee safety

In accordance with the “regulations about providing the patient and employee safety “that was issued for the purpose of providing a safe environment for the individuals having services and the employees (Employee Safety Circular (14.05.2012); the annual employee safety targets are determined.⁸ The Employee Safety Program should be created and put in writing in accordance with these

targets. The annual targets and target-specific planning should be adopted by the employees by having training.

Root cause 1

Inadequate training and orientation of employees.

Prevention strategies; The training about the employee safety should be given to all employees (Employee Safety Circular (14.05.2012)⁸. It should be provided that the needles are thrown away to the needle waste boxes in order to prevent the stab wounds that originated of the needle tips. The training should be organized, controls should be done and sanctions should be applied about this case.

Root cause 2

The vaccines of the cleaning staff were not questioned during the start of work.

Prevention strategies; the routine health screening of the employees should be recorded and followed in the scope of employee safety.

Root cause 3

The employees should take individual protective measures.

Prevention strategies; the awareness of the employees about the usage of personal protective equipment should be increased with in-service training. Also, the usage of them should be promoted with controls and sanctions.

The corrective and preventive actions should be carried out for each root cause.

CONCLUSION

Generally, it seems that the problems were not individual and there is a system problem while the errors were examined. The reasons of the errors should be found out and taken under control rather than punishing employees in order to decrease the errors. While the errors and unexpected events were

investigated with reactive methods the preventing strategies should also be developed with proactive methods as well. It is a reality that patient and employee safety will be affected positively with the effective usage of the quality tools in health-care organizations.

REFERENCES

1. Çakmakçı M. (2011). Hasta Güvenliği: Bir Paradigma Değişimi, Türk Tabipler Birliği Raporları 2010 (TTB Raporları/Kitapları; Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya). İstanbul: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
2. Yorgun, Songül, Atasoy, Ahmet (2013). "Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Kültürü Ölçeği Geliştirme Çalışması ve Uygulaması". (Editörler: Umut Beylik, Özlem Önder). 3 Ulusal Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri Kitabı. Ankara: Pozitif Matbaa.
3. Tütüncü Ö., Küçükusta D., Yağcı K. (2007). "Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü Ve Bir Ölçme Aracı". Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9 (1): 520-533.
4. Alcan Z., Tekin D. E., Özbucak Cival S. (2012). Hasta Güvenliği Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü. İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evleri.
5. Özbucak Cival S. (2011). Hatalardan Öğrenerek İyileştirmek: Kök Neden Analizi, (Türk Tabipler Birliği Raporları/Kitapları; Hasta güvenliği: Türkiye ve Dünya), Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, 91-99.
6. Çakmak, Güler (2009). Sağlık Kuruluşlarında Kalite ve Akreditasyon Yönetim Rehberi, İstanbul: Eflatun matbaacılık.
7. Işık, O., Gül, G., Erbaycu, A. E., Bol, P. (2013). "Ayakta Tedavi Gören Hastaların İnhaler Kullanım Tekniklerine Uyumunun Değerlendirilmesi: İnhaler İlaç Eğitim Birimi Uygulaması". (Editörler: Umut Beylik, Özlem Önder). 3 Ulusal Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri Kitabı. Ankara: Pozitif Matbaa.
8. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Çalışan Güvenliği Genelgesi. (14.05.2012). <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15642/calisan-guvenligi-genelgesi.html>

Sosyal Adalet, Eşitlik ve Sosyal Hizmet

Social Justice, Equality and Social Work

Rabia ÇOBAN KAYNAK¹

ÖZET

Toplumların gelişmişlik düzeyi salt ekonomik büyüme ile ölçülemez. Bir toplumun refah düzeyi toplumsal kaynakların nasıl dağıtıldığı ile yakından ilgilidir. Kaynakların toplumda nasıl dağıtılması sorusu ise sosyal adalet kavramı ile yakından ilgilidir. Sosyal adalet, sosyal refah devletlerin güvencesidir. Bir toplumun ilerleyişi bir toplumda yaşayan tüm insanların kaynak ve hizmetlere ulaşmada fırsat eşitliğine sahip olması ile olanaklıdır. İnsan haklarını bir söylem olmaktan çıkarak uygulamaya geçiren bir meslek olan sosyal hizmetin en önemli enstrümanı sosyal adalettir. Bu çalışma insan hakları ve sosyal adalet temelli sosyal hizmet uygulamalarının önemi açısından ele alınacaktır.

Anahtar Kelimeler: Eşitlik, Sosyal Adalet, Sosyal Hizmet Uygulamaları

ABSTRACT

The level of development of societies can not be measured only by economic growth. The level of prosperity of a society is closely related to how social resources are distributed. The question of how resources are distributed in society is closely related to the concept of social justice. Social justice, social welfare is the safety of states. The progress of a society is possible if all people living in a society have equal opportunity to access resources and services. Social justice is the most important instrument of social work, a profession that puts human rights out of a rhetoric. This study will focus on the importance of human rights and social justice based social work practices.

Keywords: Equality, Social Justice, Social Work Practise

¹ Araş. Gör. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Bir insan hakları mesleği olarak sosyal hizmet toplumda özel gereksinim gruplarında bulunan müracaatçıların içinde buldukları güçlüklerin üstesinden gelmelerine yardımcı olan, müracaatçıların karşılanmamış ihtiyaçlarını toplumsal kaynakları harekete geçirerek tüm insanlara insan onuruna yakışır bir yaşam standardına ulaştırmayı amaçlayan mesleki bir disiplindir.¹ Birçok disiplin toplumsal sorunları açıklamaya ve kendi disiplinleri çerçevesinde yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Sosyal hizmet de insana yardım mesleğidir ancak onu diğer mesleklerden ayıran şey ise müracaatçısını değişimin nesnesi olmaktan çıkarıp öznesi konumuna koymayı amaçlamakta ve onu sadece insan olmasından ötürü sahip olduğu haklara ulaştırmayı amaçlayan hak temelli perspektifi odak noktası alan bir disiplin olmasıdır. Sosyoloji, psikoloji gibi birçok disiplin toplumdaki işlevsizlikleri, uyumsuzluklara neden olan faktörleri açıklamak için kuramlar geliştirmektedirler. Ancak sosyal hizmet toplumdaki adaletsizliğin nedenini anlamaktan daha öteye giderek müracaatçısını sahip olduğu haklardan yararlanması için onlar adına savunuculuk yapar. Bu sebeple sosyal hizmet toplumsal adaletin sağlanmasında bir güvencedir. Sosyal hizmet kendine özgü bilgi, beceri ve değer temeli ile müracaatçıların sorunlarını çözmek, insani gelişim kapasitelerini arttırmayı hedeflemektedir. Sosyal hizmetin bilgi temeli insanı bir bütün içinde değerlendirmesini sağlayacak eklektik bir bilgi temeline sahiptir. Sosyal hizmetin değer temeli ise onu diğer mesleklerden ayıran aynı zamanda uygulama yapan uzmana bir takım sorumluluklar yükleyen ve sosyal hizmet disiplinini meslek haline getiren önemli bileşenlerden birisidir. Bir mesleğin değer temeli çalıştığı kişi, grup ya da toplumu nasıl ele aldığı ile ilgilidir. Sosyal hizmetin değer temelini odak noktasını insan hakları ve sosyal adaletin sağlanması oluşturmaktadır. Sosyal adalet savunuculuğu Sosyal Hizmetin Etik Standartları kapsamında etik bir ilke olarak şu şekilde ele alınmıştır:

1) Sosyal hizmetin uygulayıcıları olan sosyal hizmet uzmanları farklılığa saygı göstermek, kültürel bilgi ve kaynakların yaygınlaştırılmasına desteklemek ve tüm insanlar için sosyal adaleti gerçekleştirmek için sosyal politikalara yön verir.

2) Sosyal hizmet uzmanları müracaatçıları adına sosyal adalet ve toplumsal değişimi teşvik eder.

3) Sosyal hizmet uzmanları kültürel ve etnik çeşitliliğe duyarlıdır ve ayrımcılık, baskı, yoksulluk ve diğer sosyal adaletsizlikleri sona erdirmeye çalışır.

4) Sosyal hizmet uzmanları incinebilir ve baskı altındaki birey ve gruplarla birlikte ve onlar adına toplumsal değişim için çabalarlar.

5) Sosyal hizmet uzmanlarının toplumsal değişim çabaları öncelikle yoksulluk, işsizlik, ayrımcılık ve diğer sosyal adaletsizlik sorunlarına odaklanmaktadır.

6) Sosyal hizmet uzmanları, sosyal adaletin gerçekleştirilmesi için sosyal, ekonomik, politik, kültürel değerleri ve kurumları geliştirerek temel insani gereksinimlerin karşılanmasında yardım edici, yaşam koşullarının iyileştirilmesinde savunucu bir rol oynamaktadır.

7) Sosyal hizmet uygulayıcıları müracaatçıların ihtiyacının karşılanmasına yönelik kurum içi ve dışı kaynakları harekete geçirir.

8) Sosyal hizmet uygulayıcıları kaynakların adil dağıtım sürecine yönelik savunuculuk yapar. Herkes için adil, ulaşılabilir paylaşım süreçleri geliştirir.²

Sosyal hizmet en nihayetinde insanlara yardım etmeyi amaçlayan bir mesleki disiplindir. Bu yardım ise müracaatçıların hak kayıplarına yol açmayacak şekilde ihtiyaçlarının karşılanmasını amaçlamaktadır. Sosyal adaletin sosyal hizmet uygulamalarındaki önemi bu makalenin temelini oluşturmaktadır. Eşitlik, haklar ve sosyal adalet sosyal hizmetin değerlerini oluşturan kavramlardır. Sosyal hizmet uygulamalarının doğasını anlayabilmek

sosyal hizmetin etik değerlerini oluşturan bu kavramların doğru anlaşılmasından geçmektedir.

Eşit-siz-lik

Toplum her biri birbirinden ayrı özellikleri ve gereksinimi olan bireylerden oluşmaktadır. Amaçları, ihtiyaçları birbirinden bağımsız olan gruplar için tam bir eşitlikten de söz edilemez. Bu yüzden eşitlik kavramından önce ‘eşitsizlik’ kavramının ayrımını yapmak önemlidir. Eşit olmama durumu çeşitli toplumsal sınıfların ya da kişilerin yaşam koşulları arasındaki farktır. Bu fark insanların temel haklara ulaşmasında bir dezavantaj oluşturuyorsa bu durum eşitsizliğin ötesinde bir hak ihlalidir. Kısacası toplumsal tabakalar arasında kaynaklara/fırsatlara ulaşmadaki eşitsizlik eşitsiz bir toplum oluşturarak toplumsal dengeyi bozacaktır. Tüm bireyler aynı evrensel insan haklarına sahip olmasına rağmen haklara ulaşma onu kullanma gücü arasında bir fark oluşmasına yani toplumsal kaynaklara ulaşmada aynı fırsata sahip olamama durumuna fırsat eşitsizliği denilmektedir.³ Toplumdaki tüm bireylerin eşit yaşam koşullarına sahip olamaz bu yüzden toplumdaki eşitsizlik her zaman var olacaktır. Ancak bu eşitsizlik ne zaman kişilerin yaşam koşullarına müdahale edici, sahip olduğu bir farklılıktan dolayı toplumsal bir ayrıma neden oluyorsa ve bu farklılık kişilerin en temel haklarına zarar veriyorsa burada bir insan hakları ihlali söz konusudur. Sosyal reformcular eşitlikçi iddiaları farklı gruplara toplum içinde eşit değerle davranılması gerektiği yönündedir. Halbuki toplumdaki tüm bireyler haklara ulaşmada eşit konumda değildir. Cinsiyet, etnik farklılık, engellilik gibi sebeplerle daha az ücretli çalışmak zorunda kalan insanlara eşit başlangıç vermektense ziyade pozitif ayrıcalık sağlamak gerçek anlamda sosyal adaletin sağlanmasına daha fazla katkı sağlayacaktır. Fırsat eşitliğinin yanında bir de sonuç eşitliği yer almaktadır. Birçok politika üretici ‘sonuç eşitliği’ ile ‘fırsat eşitliği’ arasında ayrım gözetmektedir. Sonuç eşitliğinin hedef alan siyasalar insanları eşit değerle konumlara yerleştirmeyi hedeflerlerken, fırsat eşitliği ile

liberal düşüncenin önünde bir engel olarak görülmektedir. Her iki eşitlikte de hedef bireylere eşitsiz bir toplum içinde eşit başlangıç noktaları vermektir. Küresel kapitalizmin refah devletleri toplumlarına giderek daha fazla egemen hale gelmekte ve pratik bir siyasa hedefi olarak sonuç eşitliği giderek gerilerken, eşitlikçiliğin temel pratik uygulaması eşit fırsatlar alanında söz konusu olmaktadır. Bu nosyon eğitim, cinsiyet, engellilik, etnisite alanlarında kabul edilmiş toplumsal ayrışmalara ilişkin siyasalarla doğrudan ilişkilidir. Sosyal hizmet uygulamalarının temelini de fırsat eşitliği oluşturmaktadır. Kişilere toplumda eşit başlangıç noktaları vermek, sahip olduğu haklara ulaşmalarını sağlayacak mikro, mezo ve makro düzeydeki sosyal hizmet uygulamaları bireylerin karşılanmamış ihtiyaçlarını toplumsal kaynakları harekete geçirerek karşılamak ve böylelikle toplumu oluşturan her bireyi toplumsal refah düzeyine ulaştırmak ancak fırsat eşitliği ile mümkün olmaktadır.

Hak temelli uygulama nedir?

Hak hukuki bir kavram ve aynı zamanda sorumluluktur. Doğuştan getirdiğimiz bazı hakların yanında, bazı yükümlülükler karşılığında kazanılan haklar vardır. Bu sebeple insanların haklara sahip olması onları mutlak yetkiye kavuşturmamaktadır. Hak tanımı üzerine ortak bir tanım yapılamamakla birlikte Türk Dil Kurumu Sözlüğünün hak, “adalet” ya da “hukukun gerektirdiği veya birine ayırdığı şey kazanç”, yahut “dava veya iddiada gerçeğe uygunluk, doğruluk” veya “verilmiş emekten doğan manevi yetki” olarak tanımlanmaktadır.⁴ Marshall’a göre sosyal haklar bireyin sınıfsal konumundan bağımsız, eşit vatandaşlık statüsü temelinde tanımlanan haklar olarak ele almaktadır. Ancak bu eşitlik toplumda var olan tüm bireyler özelde özel gereksinimi olan gruplar için bir fırsat yaratmamaktadır. Eşit hakların ötesinde özel gruplar için toplumsal destek mekanizmaları geliştirilerek fırsat eşitliği sağlanmalıdır.

Sosyal hizmet uygulamaları toplumsal kaynakları harekete geçirerek müracaatçıların sahip olduğu haklara

ulaşmalarına ve onları kullanmaları için kaynaklarla müracaatçıları bir araya getiren sistematik uygulamalar bütünüdür. Sağlık ve eğitim hizmetlerine ulaşamama, ayrımcılık, şiddet, karşılanmamış temel ihtiyaçlar mikro, mezzo ve makro düzeydeki sosyal hizmet uygulamalarıyla hakların bir söylem olmaktan çıkarılarak yerine getirilmesinde büyük önem taşımaktadır. Karşılanmamış her bir ihtiyaç aslında bir hakkın ihlali nedeniyle olmaktadır. Aile yoksulluğu nedeniyle eğitime devam edemeyen ve çalışmak zorunda kalan bir çocuğun eğitim hakkının ihlal edilmesinin ardında aile üyelerinin çalışma hakkına ulaşamamış olması ya da insani yaşam düzeyine erişemeyecek kadar düşük bir ücret ile çalışması neden olabilir. Bu durum yeterli ve dengeli beslenme hakkı, çalışma hakkı ve eğitim görme hakkı gibi birden çok hak ihlalini bir arada barındıran bir süreç olabilir. Sosyal hizmet ihtiyaçları içindeki her insanın hakkı olduğunu savunan hak temelli uygulamaları odak noktası alması ve hakları birbirinden yarılmaz bir bütün olarak ele alması sosyal adalet hedefini gerçekleştirme idealidir.

Toplumsal haklar, toplumsal ilerlemenin yansımasıdır. Toplumlar haklar ihtiyaç, yapabilirlik ve hak ediş yolu ile meşrulaştırılmıştır.

- İhtiyaç temelli argümanlar bir grup insan ihtiyaçlarının saptanıp devlete, mevcut kalkınma düzeyinin el verdiği ölçüde, bu ihtiyaçların karşılanma yükümlülüğünün verilebileceğini sunmaktadır. İnsan ihtiyaçları yaklaşımı refah devletinin kaçınılmaz bir görevi olduğunu meşrulaştırmaktadır.
- Amartya Sen'in yapabilirlik temelli yaklaşımı, bir kişinin sahip olduğu yapabilirlikler/ yetenekler bakımından açıklamaktadır. İnsanın yapabilirliklere erişimi bir toplumda daha az ya da daha çok ayrıcalıklı grupların yapabildiği ya da faydalanabildiği şeyleri karşılaştırarak saptanabilir.
- Hak ediş temelli yaklaşım, belirli bir grubun bazı nitelik ya da faaliyetlerin topluma onlara bir takım hizmetler

sağlama yükümlülüğü verdiği görüşü üzerine inşa edilmiştir.⁵

Profesyonel bir meslek olan sosyal hizmetin şekillenmesi geleneksel dönemde ihtiyaç ve hayırseverlik temelinde uygulamalar yer alıyordu. Hayırseverlik temelli yaklaşım devletin bir iyi niyet göstergesi olarak muhtaç kişilere yardım etmesinde din bir motivasyon aracı olarak yer alıyordu ve sadaka bireyler arasında eşitsiz bir durum oluşturarak keyfi olması yardımların hakkaniyetli dağılımına engel oluyordu. Sosyal hak bilinci ve istemi gelişmesi, hayırseverlik altında yürütülen hizmetlerin yetersiz kalması hak temelli yaklaşımı zorunlu kılmıştır. Sosyal hizmet insan ihtiyacını karşılayan bir meslek olmasının yanında bu ihtiyaçların temininde sosyal adalet ve insan haklarını odak alması ve bu gereksinimlerin bir sosyal hak olarak görmesi hak temelli yaklaşımın sosyal hizmetin değeri açısından daha uygun bir yaklaşım olduğunu ortaya koymaktadır. Hak temelli yaklaşım aynı zamanda bir sorumluluk kültürünü de gelişmesine katkıda bulunmuştur. Paylaşım ve sorumluluk kültürü, toplumsal adalet ve eşitliğin bir gereği olarak zor durumda olan insanların gereksinimlerini karşılayabilmek için sosyal devletin yaptığı harcamaları meşru kılar. Hak temelli yaklaşım hak sahibi kişilerin haklarını kullanabilmelerinde devlet ve diğer toplumsal mekanizmaların bu hakları sağlamada görev sahibi olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde sosyal refah harcamalarının artması, devletin kalkınma ve refah alanlarındaki müdahalelerinin azalması sosyal harcamaların devlet üzerinde bir yük olarak görülmesiyle devlet bu sorumluluklarının büyük çoğunluğunu piyasaya devretmektedir. Ancak sosyal refah devletinin sorumluluklarını piyasaya devretmesi toplumdaki eşitsizlikleri artırarak toplumsal gruplar arasında uçurumların artmasına, daha güvencesiz iş ortamlarının oluşmasına buna bağlı olarak yoksullukların artarak toplumsal sorunların daha şiddetli yaşanmasına sebep olacaktır. Fırsat eşitliği nosyunu arasında olan engelliliği ele alalım. Sosyal devlet piyasayı düzenleyici bir konumda olmadığında hiçbir iş yeri engelli

bir işçi çalıştırmak istemeyecektir. Bu durum kişilerin en temel sosyal haklarından olan çalışma hakkının ihlal edilmesine ve toplumsal ayrılmaya neden olarak toplumsal dengenin bozulmasına ve toplumsal huzursuzluklara sebep olacaktır. Bu nedenle sosyal bir devlet yaşama, fikir özgürlüğü, kanun önünde eşitlik, can güvenliği gibi çekirdek hakları korumanın yanında sağlık, barınma, eğitim, çalışma gibi sosyal haklardan toplumu yararlandırabilmek, her bireyin bu haklardan yararlanabilmesi için fırsat eşitliği sağlamakla yükümlüdür. Hak temelli uygulamalarda yoksulluk, adaletsizlik, dışlanma gibi sorunlarla mücadele etmek devletin görevidir. Buğra'ya göre hak temelli yaklaşım uluslararası hukuktan dayanak alır ve hak sahipleri ile görev sahipleri arasındaki ilişkiyi düzenleyerek insan haklarını gerçekleştirmeyi hedefler.⁶ Hak bu anlamda bir isteme ve ondan yaralanma/kullanma gücünü de beraberinde getirmektedir. Sosyal hizmet ise bu haklardan yararlanamayan müracaatçıları için hak savunuculuğu yapar. Sosyal adalet savunuculuğu, politik, ekonomik ve sosyal açılardan dezavantajlı olanların güçlendirilmesinde yapısal ve kalıcı değişiklikler ortaya koymak için mücadele etmeyi ifade etmektedir.⁷ Sosyal hizmetin nihai hedefi olan sosyal adaleti gerçekleştirme istemi içinde olan sosyal hizmet uygulayıcıları sosyal refahın üretim ve dağıtım mekanizmalarında rol alırken sosyal adaletin işleyişine zarar verecek sosyal politika ve uygulamaların karşısında muhalif, eleştirel bir duruş sergilemelidir.⁸ İnsan hakları açısından sosyal hizmet, yasalarla güvence altına alınan hakların hiçbir ayırım gözetmeksizin tüm insanların bu haklardan yararlanması gerekliliğini savunmaktadır. Hak temelli bir yaklaşım toplumların güvencesidir ve toplumda var olan eşitsizlikleri ve adaletsizlikleri, hakların ihmalini ortadan kaldırır. Sosyal hizmet çocuk, engelli, kadın, göçmen, yaşlı hakları gibi tüm hakların kullanılmasını, korunmasını ve geliştirilmesini hedefler. İnsan hakları ise tüm hakları ve insanları kapsayan bir üst kavramdır. Healy'e göre insan hakları hepimizin sadece insan

olduğumuz için sahip olduğumuz haklar olarak tanımlamıştır.⁹ Bu sebeple insan hakları evrenseldir. Yaş, cinsiyet, etnik köken, dini inanış gibi kriterlerden bağımsız olarak her insanın insan onuruna ve haysiyetine layık bir yaşam sürdürebilmeli olduğu felsefesi taşımaktadır. Bu hakların korunup geliştirilmesinde ise sosyal hizmet ana aktör olarak rol oynar.

İnsan Haklarının Uygulayıcısı Olarak Sosyal Hizmet

Sosyal bir hak olarak sosyal hizmetin gelişmesi II. Dünya Savaşından sonra 'sosyal devlet' anlayışının kurumsallaşmasıyla başlamıştır. Sosyal hizmet her şeyden önce yurttaşlar için bir sosyal hak olarak tanımlanmıştır. Bu gelişmenin kökeninde ise insan hakları alanında devlete edimde bulunma yükümlülüğü veren toplumsal hakların gelişmesidir. Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (IFSW) tarafından 1988 yılında sosyal hizmetin bir meslek olarak geçmişte olduğu gibi bugün de ve her zaman bir insan hakları mesleği olduğu ve olacağı kabul edilerek dünyaya duyurulmuştur. Sosyal hizmet bir insan hakları mesleğidir çünkü toplumsal dengeyi sağlamak, sosyal adaleti gerçekleştirmek ve eşitlikçi bir sosyal yapı oluşturmak için çalışmalar yapmak, insanın onurunu yüceltmek ve onların kişisel gelişim kapasitelerini arttırarak toplumda dezavantajlı bireylere fırsat eşitliği sağlayacak gelişim olanakları sağlamak sosyal hizmet disiplininin hedefidir. Devlet tarafından korunan ve sağlanması beklenen sosyal hakların temel amacı toplumsal adaletin sağlanmasıdır. Geleneksel yöntemlerle sunulan sosyal hizmetlerin özgürleştirilmesi temeli insan haklarının gelişmesiyle oluşmuştur. Sanayi devrimi ile artan sorunlar ve bu sorunların çözümündeki gelişimler, daha insancıl şartlarda çalışma istemi ile insan hakları anlayışının şekillenmesinde etkili olmuştur. Sosyal hizmet insan haklarının mikro, mezzo ve makro düzeyde uygulanmasında sorumlu bir meslektir. Toplumda dezavantaj konumunda bulunan gruplarla çalışan sosyal hizmet uzmanı müracaatçısının hakları ihlal

edildiğini fark ettiğinde savunuculuk rolü ile bu hakları savunabilecek güçte olmalıdır.

Sosyal Adalet

Adaletin ne olduğu ile ilgili çeşitli görüşler olmakla birlikte üzerinde muhatabaka varılmış bir tanımı yoktur. Eşitlik, hak etme, hakkaniyet gibi kavramlar üzerinden bir tanımlama yapılmaya çalışılmıştır. Sosyal adalet ile ilgili görüşler ise temelde ikiye ayrılmaktadır. Sosyal adalet düşüncesinin ancak bir düzen değişikliği ile gerçekleşeceğini savunan Radikal Sosyal Adalet savunucuları, toplumdaki adaletsizlikleri gidermek için devletin elinin piyasa üzerinde olması gerektiği görüşünü savunan 'Sosyal devletçi sosyal adalet' anlayışdır. Adaleti ele alan yaklaşımlarda ise üç tür adalet anlayışından söz edilmektedir. Nozick'in devlet müdahalesine izin vermeyen 'pür piyasa adaleti', Hayek'in sınırlı devlet müdahalesine izin veren 'piyasa adaleti' ve büyük oranda devlet müdahalesine dayanan Rawls'ın 'dağıtıcı adalet' düşüncesidir.

Sosyal hizmet disiplinin nihai hedefinin insanların sosyal refahını arttırmayı tüm insanlar için ortak bir refah sisteminde buluşturmayı hedeflemektedir. Toplumda dezavantaj konumunda bulunan müracaatçıların sahip olduğu haklardan yararlanmasını hedefleyen bu yapı ancak sosyal devlet çatısı altında var olabilir. Bu sebeple çalışmada Rawls'ın sosyal adalet düşüncesi temel alınacaktır. Sosyal adalet alanında önemli çalışmaları olan John Rawls'a göre adalet, toplumsal yapının temelidir. Aristo'ya göre ise adalet bireylere yönelik orantılı davranış olarak değerlendirilmektedir. Hakkın gözetilmesi ve yerine getirilmesi anlamına gelen adalet kavramı dağıtıcı adalet ve düzeltici adalet olarak iki grupta ele alınmaktadır. Dağıtıcı adalet, bir kazancı kişiler arasında bunların değerleri arasındaki orana eşit olan bir oranda dağıtmaktır. Rawls devletin, toplumda en dezavantajlı durumda olan bireylerin refahını maksimum hale getirmekle görevli olduğunu belirterek, "dağıtıcı adalet" üzerinde durmaktadır. Rawls'ın, adalet anlayışının iki temel ilkesi vardır: Bunlar "eşit temel özgürlükler" ve

"adil fırsat eşitliği" ilkeleridir. Birinci ilkeye göre, her bireyin, herkese yönelik olan temel bir özgürlük sistemi ile uyumlu, en geniş eşit temel hak ve özgürlüklere hakkı vardır. Bu ilke kanunlar karşısında herkesin eşitliğini savunmaktadır. İkinci ilkeye göre ise, sosyal ve ekonomik eşitsizlikler bertaraf edilmez. Sosyal ve ekonomik olanaklar hem en dezavantajlıların yararına olacak şekilde düzenlenmeli, hem de fırsat eşitliği sağlayacak şekilde kurumlar ve pozisyonlar herkese açık hale getirilmelidir. Rawls'ın adaletinde her bir birey haklara sahip olma ve onu kullanma konusunda eşit haklara sahiptir ve devletin vatandaşlarına bu hakları kullanmalarında sorumluluğuna dikkat çekmektedir.

Refah ülkelerinde sosyal adaletin sağlanmasında şu kriterler dikkate alınır:

- ✓ Yoksulluğun önlenmesi
- ✓ Eğitimde fırsat eşitliğinin sağlanması
- ✓ İş piyasasına katılım
- ✓ Sosyal güvenlik ve sosyal yardımların organize edilmesi
- ✓ Refah ve gelirin yeniden dağıtılması
- ✓ Kaynakların adil dağılımı
- ✓ Adil vergi düzeni

Düzeltilici adalet ise kişinin iradi ve iradi dışı davranışlarına yöneliktir. Sosyal adalet (social justice), bir toplumdaki tüm bireylerin asgari bir yaşam düzeyine sahip olmasını sağlayan bir devlet düzeni olarak ifade edilebilir. Barker'a göre sosyal adalet, toplumun tüm bireylerinin aynı temel haklara, korunmaya, fırsatlara, yükümlülüklerle ve sosyal yardımlara sahip olduğu ideal bir durumdur.¹⁰ Diğer bir tanıma göre sosyal adalet; tüm insanların eşit değere ve temel ihtiyaçlarını karşılayabilecek eşit haklara sahip olmasını, yaşam şansları ve fırsatların mümkün olduğunca yayılmasını, haksız eşitsizliklerin azaltılması ve mümkünse ortadan kaldırılmasını kapsar.¹¹ Sosyal adalet, her bireye asgari bir yaşam düzeyi sağlamayı garanti etmektedir sosyal adalet ise gelir ve servetin adil bir dağılımı ile mümkün olabilecektir. Lea Ann Bell'e göre sosyal adalet, kaynakların eşit dağıtıldığı ve bütün üyeleri bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan güvende olan bir toplumun adil

olduğunu belirtmiştir.¹² Sosyal hizmet disiplini de toplumsal kaynakların toplumdaki dezavantajlı grupları odak alacak şekilde bireylerin refahını arttırmayı hedeflemektedir. Bu nedenle sosyal hizmet sosyal bir haktır.

Sosyal hak, vatandaşlarına devlete karşı yöneltebilecekleri bir talep hakkı vermektedir. Bu talep hakkı sahibinin sosyal riskler sonucu maruz kaldığı zararını gidermek sosyal devlet için bir yükümlülüktür. İkinci kuşak olarak nitelendirilen bu haklar ekonomik, kültürel ve sosyal haklardır. Bu haklar devlet tarafından korunmasının yanında bu hakların devlet tarafından toplumdaki tüm kesimlerin ulaşmasını sağlayacak sosyal hizmetlerin örgütlenmesinden de sorumludur. Bu haklar devlet organizasyonuna bir sorumluluk atfettiği için pozitif hak olarak nitelendirilmektedir. Sosyal adalet, yapısı gereği sosyal hakları doğurur ve ekonomik ve sosyal bakımdan zayıf olanın korunmasını öngörür. Sosyal adalet anlayışının hedefi bir toplumda insan onuruna yakışır asgari hayat standardının garanti edilmesindeki eşitliklerdir. Devlet ürettiği politikalar ve kamu kuruluşları aracılığıyla toplumda üretilen mal ve hizmetlerin paylaşımına müdahale etmesi ve vatandaşlarına minimum bir refah düzeyini garanti etmesi gerektiği düşünülmüştür. Sosyal refah devleti görevini yaparken asıl amaç, insan onurunun korunmasıdır ve bunu sosyal güvenlik gibi çeşitli araçlarla gerçekleştirmeye çalışır. Sosyal devlet için önemli olan, bölüşümde adaletin sağlanması, geniş kitlelerin yaşam düzeyinin yükseltilmesi ve böylece insan onurunun korunmasıdır. Toplumdaki yoksul ve muhtaç insanlara devletçe yardım edilmesi, onlara insan onuruna yaracak asgari bir yaşam düzeyinin sağlanması, yani sosyal devlet ilkesinin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Sosyal adalet fikrinin temelinde dengeli bir gelir dağılımının yanında, toplumsal kaynak ve fırsatlara erişimde bireylere fırsat eşitliğinin sağlanması fikri bulunmaktadır. 1982 Anayasası'nda yer alan ibareye göre de Türkiye Cumhuriyeti demokratik, laik ve sosyal bir hukuk devletidir.¹³

Sosyal adaletin sağlanmasında sosyal hizmetin önemli işlevi bulunmaktadır. Nitekim insan hakları ve sosyal adaletin sağlanması sosyal hizmet disiplininin değer temelidir. Sosyal bir hukuk devleti olan Türkiye üretilen mal ve hizmetlerin toplumda adaletli dağıtılması ve bu kaynak ve imkânlarla erişimde fırsat eşitliğini sağlayacak gerekli tedbirleri almasında ana aktör olarak rol almaktadır. Sosyal hizmet disiplini toplumsal kaynak ve hizmetlerin adaletli olarak sunulmasında devletin sunduğu hizmet ve politikaların ulaştırılmasında yer alan meslekler arasında yer almaktadır. Böylece sosyal hizmet en temel insan ihtiyacıdır ve insan hakları, sosyal adaleti sağlamada sosyal refah anlayışını araç olarak kullanmaktadır. Hak ve özgürlükler yasalar tarafından güvence altına alınmış olsalar bile toplumda dezavantajlı kesimlerin bu hizmetlerden yararlandırılması ancak sosyal hizmet müdahaleleri ile olanaklı olmaktadır. Sosyal hizmet uzmanının müracaatçısına sağlamakla yükümlü olduğu her bir ihtiyacı aslında sosyal bir hak olarak ele almaktadır. Bir çocuğun ailesi ve kendi geçimini sağlamak için çalışıyor durumda olması onu hem sağlıklı bir çevrede büyüme hakkından yoksun bırakmasının yanında ikinci kuşak hakları arasında yer alan eğitim hakkını da engellemektedir. Sosyal hizmet çocuğun sağlıklı bir çevrede büyüme ve yetişmesi için gerekli düzenleyici tedbirlerin almasının yanı sıra eğitim hizmetlerinden yararlanması için toplumsal kaynakları harekete geçirmelidir. Bir hakkın ihlal edilmesi başka bir hak ihlaline de neden olabileceği için insan hakları bir bütün olarak ele alınmalıdır. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde de belirtildiği gibi insan hakları evrensel bir bütündür, bölünemez. Tüm insanlar için ırk, dil, din, mezhep ayrımı yapılmaksızın herkesin insan onuruna yakışacak bir hayat sürme hakkına sahip olduğu sözleşmede açıkça belirtilmiştir. İnsan hakları düşüncesi tüm medeniyetlerden, kültürlerden, devletler üstü tüm ülkeler için ulaşılması hedeflenen ideal bir düzen anlayışını ifade etmektedir. Bu hakların kullanılmasında ve hak ihlallerinin önlenmesi, müracaatçıları adına savunuculuk

yapan sosyal hizmet mesleği sorumludur. Nitekim sosyal hizmet disiplini insan hakları ihlalleri ve sosyal adaletsizlikle mücadele etmeyi gerektirir. İnsan hakları ve sosyal adaletin yerine getirilmesinde ancak etkili sosyal hizmet mekanizmalarının temini ile mümkündür. Sosyal adaletin gerçekleşmesi için sosyal devlet ve sosyal refah politikaları ve anlayışı sosyal hizmet uzmanlarının dayanakları olmalıdır.¹⁴ Sosyal hizmetin sosyal adaleti gerçekleştirirken 3 farklı yaklaşımdan yararlanmaktadır: Güçlendirme yaklaşımı, özgürleştirici yaklaşım, baskı karşıtı uygulamadır. Bu yaklaşımlar müracaatçıların yaşadığı sorunlara daha geniş toplumsal yapıdaki eşitsizliğin neden olduğuna dikkat çekerek toplumda dezavantaj konuma düşmüş, baskı altında olan müracaatçıların güçlendirilmesini hedeflemektedir. Sosyal adaletin sağlanması

ve korunması için baskı karşıtı uygulama anlayışında sosyal hizmet, hak ihlaline uğramış müracaatçılarına sahip olduğu hakları kullanabilme konusunda hak savunuculuğu yaparken kendini çoğu zaman devletin hem içinde hem de kimi zaman karşısında konumlandırması gerekmektedir. Çünkü devlet sosyal hakları bireylere sağlamakla yükümlüdür ancak piyasa ile toplum arasında kaldığı zamanlarda toplum adına savunuculuk yapması gereken meslek elemanları sosyal hizmet uzmanlarıdır. Sosyal hizmet güçsüz konumda olan birey ve grupların kendi yaşamları üzerinde kontrol sahibi olmaları konusunda onları bilinçlendirerek ve yetkilendirerek haklarını savunana ve talep eden gruplar haline getirerek sosyal adaleti gerçekleştirmeyi hedeflemektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Refah devletlerinin temelinde yer alan sosyal adalet anlayışı toplumdaki her bir bireye asgari bir yaşam standardı sağlamayı amaçlamaktadır. Sosyal adalet ise temelinde toplumsal kaynak ve hizmetlerin yeniden bölüşümü üzerine kurguludur. Bu hizmetlere erişimde toplumda her bir birey eşit konumda değildir. Bu sebeple refah devletleri bu kaynak ve hizmetlerin fırsat eşitliğini sağlayacak şekilde dağıtılmasında sosyal hizmet disiplininin mesleki bilgi ve değerinden yararlanmaktadır. Nitekim sosyal hizmet insan onuru ve değerini yüceltmeyi ve sosyal adaleti gerçekleştirmeyi amaçlayan bir disiplindir. Bu anlamda sosyal adaleti sağlayabilmek için sosyal hizmet bir gerekliliktir. Toplumdaki var olan eşitsizliğin önlenmesi, özel gereksinimli grupların ihtiyaçlarının karşılanması için sosyal politikalar oluşturarak toplumsal dengenin

sağlanması için sosyal hizmet her birey için sosyal bir haktır. Sosyal hizmet haklarından mahrum bırakılan kişi/grupların haklarının korunması ve iyilik durumlarının arttırmasına yönelik mesleki müdahalelerde bulunur. Bu mesleki müdahalelerin odağı ise insan hakları ve sosyal adalettir. Hak ve özgürlükler ne kadar yasalarla güvence altına alınmış olsa da toplumda özel gereksinimli bireylerin bu haklardan yararlandırılması ancak sosyal hizmet program ve müdahaleleri ile olanaklıdır. Muhtaç bireylere, yoksullara ve marjinal gruplara hizmet götüren bununla da sınırlı kalmayıp insan kaynaklarını geliştiren yaşam kalitesini arttıran gelir dağılımının düzenlenmesinde ve eşitsizliklerin giderilmesinde rolü olan ve bu yolla sosyal yapının gelişmesi ve değişmesini sağlanmasında etkili sosyal hizmet uygulamalarına ihtiyacı ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

1. Sheafor, B., Horejsi, C. (2012). *Sosyal Hizmet Uygulaması*. Ankara: Nika Yayınevi.
2. <https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics/Code-of-Ethics-English>
3. Özdemir, S. (2007). *Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti* [Elektronik Sürüm]. İstanbul: Entegre.
4. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&kelime=sosyal%20adalet&guid=TDK.GTS.5867fb524cd744.17341447
5. Acar, H., Negiz, N., Akman, E. (2013). Sosyal Politika ve Kamu Yönetimi Bileşenleriyle Sosyal Hizmet Temelleri ve Uygulama Alanları. Ankara: Maya Akademi.
6. Buğra, A., Keyder, Ç. (2015). Sosyal Politika Yazıları. İstanbul: İletişim.
7. Serpen, A. S., Duyan, V., Aldoğan, E.(2014). Sosyal Adalet Savunuculuğu Ölçeği Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 25, 21-34.
8. Tuncay, T. ve Erbay, E. (2006). "Sosyal Hizmetin Temel Hedefi: Sosyal Adalet". *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 17(1). 53-69.
9. Healy, M.L.(2009). "Exploring the History of Social Work as a Human Rights Profession". *International Social Work*. 51(6):735-748.
10. Barker, R. L. (1999). *The Social Work Dictionary* (4th ed.). Washington DC: NASW Press.
11. Craig, G. (2002). Poverty, Social Work and Social Justice. *British Journal of Social Work*, 32: 669-682.
12. Lundy, C. (2004). *Social Work and Social Justice*. [Elektronik Sürüm]. UK. Broadview Press.
13. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası(1982, 9 Kasım). Resmi Gazete (Sayı:17863). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>
14. Küçükkaraca, N. (2010). Küreselleşen Dünya'da Sosyal Hizmet: Sorunlar ve Önerilerimiz. *Küreselleşen Dünyada Sosyal Hizmet*(36-46). Ankara: Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Yayını.
15. Cılga, İ., Erkul, E., Yıldırım, B., Adıgüzel, İ. (2016). Sosyal Çalışma ve Sosyal Politika Yazıları. Ankara: Bellek Yayınevi.
16. Akbaş, E. (2014). Sosyal Çalışmada Çağdaş Eleştirel Perspektifler. Ankara: Sabev Yayınevi.
17. Alcock, P., May, M., Rowlingson, K. (2011). *Sosyal Politika Kuram ve Uygulamalar*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
18. Başbuğ, A. (2010). *Sosyal Hukuk: Hukukun Toplumsal Temelleri*. Ankara: Binyıl Yayınevi.
19. Çetin, H. (2015). "Sosyal Adalet, Sosyal Hizmetler ve Bütçe". *Toplum ve Sosyal Hizmet*.26(1):145-157.
20. Danış, M. Z. (2007). "Sosyal Hizmet Mesleği ve Disiplininde Sosyal Politikanın Yeri ve Önemi". *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 18(2): 51-64.
21. Douzinas, C. (2015). *Hukuk, Adalet ve İnsan Hakları*. Ankara: Notabene Yayınları.
22. Karataş, K. (2002). İnsan Hakları ve Sosyal Hizmet: Değişen Türkiye'de İnsan Hakları Açısından Sosyal Hizmetler. Ankara: SHU Derneği Yayını.
23. Kuçuradi, İ. Ve Peker, B. (2004). Elli Yıllık Deneyimlerin Işığında Türkiye'de Dünyada İnsan Hakları. Ankara: Meteksan.
24. Kuçuradi, İ. (2016). *İnsan Hakları: Kavramları ve Sorunları*. Ankara: Şen Matbaa.
25. Marshall, T.H., Bottomore, T. (2000). *Yurttaşlık ve Toplumsal Sınıflar*. Ankara: Gündoğan Yayınevi.
26. Sunal, O. (2011). "Sosyal Politika: Sosyal Adalet Açısından Kuramsal Bir Değerlendirme". *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3). 283-305.
27. Şahin, F. (2002). İnsan Hakları ve Sosyal Hizmet İlişkisi: Değişen Türkiye'de İnsan Hakları Açısından Sosyal Hizmetler. Ankara: SHU Derneği Yayını
28. Thompson, N. (2013). *Kuram ve Uygulamada Sosyal Hizmeti Anlamak*. Ankara: Dipnot Yayınları.
29. Tuncay, T. ve Akbaş, E. (2008). "İnsan Hakları Düşüncesi ve Sosyal Hizmet Uygulamaları" *Sosyal Hizmet*. Ankara: SHU Der. Yayını.
30. Tuncay, T., İl, S. (2006). "Sosyal Hizmette Baskı Karşıtı Uygulama". *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 17(2). 59-71.
31. Yücel, Y. (2010). "Hak ve Menfaatler Üzerine Bir İnceleme". *TBB Dergisi*, 91(1), 335-357.
32. Zengin, O. ve Altındağ, Ö. (2016). "Bir İnsan Hakları Mesleği Olarak Sosyal Hizmet". *Toplum ve Sosyal Hizmet*.27(1), 179-189.
33. Altuntaş, B. (2016). *Dezavantajlı Gruplar ve Sosyal Politika*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
34. Çelik, A. (2010). "Muhafazakar Sosyal Politika Yönelimi: Hak Yerine Yardım – Yükümlülük Yerine Hayırseverlik". *İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 42, 63-81.
35. Koray, M. (2000) *Sosyal Politika*. Bursa:Ezgi Kitabevi.
36. Tokol, A. (2000) *Sosyal Politika*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayını.
37. National Association of Social Workers. (1996). *Code of Ethics of the National Association of Social Workers*, Washington DC, NASW Press.
38. Başbuğ, A. (2010). *Sosyal Hukuk*. Ankara: A Kitap Yayınları.
39. Heywood, A. (2014). *Siyasi İdeolojiler*. Ankara: Adres Yayınları.
40. Barry, B. (2010). *Sosyal Adalet Neden Önemlidir*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
41. Ertürk, A.S. (2016). *Küreselleşen Dünyada Küreselleşmeyen Sosyal Adalet*. Ankara: Alter Yayıncılık.
42. Ören, K. (2015). *Sosyal Politika*. Ankara: Nobel Yayınevi.

Türkiye ve Avrupa'daki Tüketicilerin Gıda Etiket Okuma Tutumlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

Evaluation of the Factors Affecting Consumers' Attitudes to Reading Food Labels in Turkey and Europe

Aybike CEBECİ¹, F. Esra GÜNEŞ²

ÖZET

Ülkelerin refah düzeylerinin artmasıyla birlikte tüketiciler, tükettikleri gıdaların besin ögesi içeriğine, güvenilirliğine ve sağlıklı olmasına daha çok önem vermektedir. Bu çalışmada, Türkiye ve Avrupa'daki tüketicilerin besin etiketi okuma alışkanlığını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Genel olarak, ambalajlı gıda ürünlerinin üzerindeki etiket bilgilerinin okunma sıklığı incelendiğinde, sıklığın çalışmalarda yer alan insanların sosyodemografik özelliklerine, kişilerin sağlıklı beslenmeye karşı duydukları ilgiye, beslenme bilgi düzeylerine ve yaş aralıklarına göre değişiklik gösterebildiği belirlenmiştir. Buna ek olarak, sağlıklı beslenme için uygun ürün seçimi yapma konusunda bir bilgi açığı olduğu da bulunmuştur. Bu bağlamda, tüketicilerin besin etiketlerini okuma oranlarının artırılması için tüketicilerin bilinçlendirilmesi göz önüne alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Beslenme Bilgisi, Besin Etiket Okuma, Besin Etiketleri, Tüketici Davranışları

ABSTRACT

With increasing welfare of the countries, consumers have given more importance to the nutrient content, reliability and being healthy of the food they consumed. In this study, the determination the factors affecting the Turkish and European consumers' habit of reading food label is aimed. Within this study, data from the studies carried out in Turkey and different European countries have been evaluated. In general, when analyzed the reading frequency of the label information on the packaged food products, it has been determined that the frequency can vary according to sociodemographic characteristics of the people involved in studies, interest in healthy eating of people, level of nutritional knowledge and age range of individuals. In addition, it has also been found that there is lack of knowledge concerning the selection of the appropriate food product for healthy nutrition. In this context, raising the awareness of consumers need to be considered to increase the rate of reading food labels of consumers.

Keywords: Nutrition Knowledge, Food Label Reading, Food Labels, Consumer Behavior

¹Araştırma Görevlisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, aybike.cebeci@marmara.edu.tr
²Doç. Dr. Diyetisyen, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, fegunes@marmara.edu.tr

GİRİŞ VE AMAÇ

Ülkelerin refah düzeylerindeki artışla beraber tüketiciler, tükettikleri gıdaların besin ögesi içeriğine, güvenilirliğine ve sağlıklı olmasına daha çok önem vermiştir. Bu bağlamda üreticiler, kalite kontrolünün göstergesi olarak ürünlerini sertifikalandırmaya ve etiketlemeye başlamıştır.¹ Kalite göstergesi olarak kullanılan sertifikasyon, etiketleme ve marka vs. özellikle tüketicinin anlamasının zor olduğu kalite niteliklerini (ürünün ilaç kalıntısı içermesi gibi) ifade ettiği için ayrıca önemlidir.² Ürün tüketicinin ihtiyacını, isteklerini, beklentilerini karşılıyor, sağlık koşullarına uygun olarak üretilmiş, besin maddeleri ve dış görünüş olarak uygun özelliklere sahipse tüketici tarafından kaliteli olarak kabul edilmektedir. Teknolojinin gelişmesiyle beraber, radyo, televizyon, internet vb. iletişim araçları aracılığıyla, tüketicilerin güvenli gıda hakkında bilinç düzeyleri de gelişmeye başlamıştır. Böylelikle gıda ürünleri satın alırken, tüketici tercihlerinde önemli boyutta değişiklikler oluşmuştur.³

Bu bilgilerin ışığında bireylerin doğru besinleri tercih etmelerini sağlamak için geliştirilen stratejilerden biri de besin etiketi bilgilerinin etkin bir şekilde kullanımına yönelik yapılan çalışmalardır. Etiket, ürünü tanımlayan bilgileri barındıran ve ürünün satın alınması esnasında bu bilgilerin tüketiciye anlaşılır bir biçimde aktarılmasını sağlayan araçtır.⁴ Besin etiketleri ise bir ürünün porsiyon, kalori, besin değeri gibi bilgilerini içeren ve ürün içeriği hakkında tüketiciyi bilgilendiren materyallerdir. Besin etiketi okuma alışkanlığının kronik hastalık prevalansının azaltılmasında, ağırlık kontrolünde ve sağlıklı beslenmede rolü olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.⁵⁻⁶⁻⁷

Dünya’da ilk defa Amerika’da Federal İlaç Kurumu (The Federal Drug Administration(FDA)), besin etiketlerinde yağ, doymuş yağ, kolesterol, kalori, karbonhidrat, protein, vitamin ve ürünün porsiyon bilgilerinin bulunduğu, kapsamlı bir yasa oluşturmuştur.⁸⁻⁹ Türkiye’de öncelikle

2011 yılında düzenlenen Türk Gıda Kodeksi, 28157 sayılı Etiketleme Yönetmeliği son olarak 2014 yılında resmi gazetede yayınlanan 28906 sayılı değişiklikle son halini almıştır.¹⁰⁻¹¹ Zorunlu etiket bilgilerinin yönetmelik hükümlerine uygun olarak besinlerde bulunması ve kolayca erişilebilir olması sağlanmalıdır. Bu düzenlemeler, bir yandan pazarlamacıların ürün tanımı yapabilmeleri açısından önemli olup diğer yandan ürün hakkında doğru bilgiyi vererek tüketicilerin kaliteli ürün tüketimi ve sağlık haklarının korunmalarını gerekli ve zorunlu kılmaktadır.¹² Gıda güvenliği açısından değerlendirildiğinde, ambalaj üzerindeki etiket bilgilerinin yeterliliği ve tüketicinin bunu algılama durumu öne çıkmaktadır.¹³ Ayrıca enerji, protein, karbonhidrat, yağ, lif, tuz/sodyum ve tebliğde geçen vitamin ve mineral bilgilerine ve günlük karşılama miktarı (GKM) bildirimine yönetmelik hükümlerince, etiket üzerinde isteğe bağlı olarak yer verilebilmektedir.¹⁴ Gıda etiketlerinin etkili olarak kullanılabilmesi için, tüketicilerin bilgiyi kullanma konusunda bilinçlendirilmesi ve etiketlerin daha iyi anlaşılması gerekmektedir.⁹

Bu çalışmada, Türkiye ve Avrupa’daki tüketicilerin besin etiketi okurken en çok hangi hususlara dikkat ettiklerinin ve tüketicilerin besin etiketi okuma alışkanlığını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Besin Etiketi Okuma Durumunu Etkileyen Faktörler

Tüketicilerin besin etiketi okumalarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunların başında etiket okumaya ayrılabilir zaman, etiketlerin biçimi (boyut, kullanılan yazı karakteri, dil...) ve tüketicilerin değer yargıları ile genel olarak besinlerin üretimine, dağıtımına ve korunmasına yönelik tutumları gelmektedir.¹⁵

Türkiye’nin 26 farklı ilinde yaşayan, tesadüfi örneklem yöntemi ile seçilen 12–56 yaş arası 1536 bireyin besin etiketlerinde yer alan bilgileri kullanım düzeyleri ve etiket

bilgilerini kullanmama nedenlerinin incelendiği bir çalışmada; besin etiketinde yer alan bilgileri kullanma durumu %76,5 olarak belirlenmiştir. Besin etiketi okuma durumu yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi ve sosyoekonomik durum ile anlamlı olarak ilişkilidir ($p<0,001$). Ayrıca, bu çalışma ile terim, sembol ve değerleri anlamama, bilgi sunumunun zayıf olması, bilginin doğruluğu hakkında endişe duyulması, yazıların küçük olması gibi sebeplerin besin etiketlerinin okunması için engel olduğu ortaya konulmuştur.¹⁶

Başka bir çalışmada, ortaöğretim ve üniversite öğrencilerinin güvenli besin satın alma ve tüketme davranışları incelenmiştir. Araştırma sonucunda; erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre okul kantininden ambalajsız gıdaları daha fazla tercih ettikleri tespit edilmiştir. Kız öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla etiket bilgilerini daha çok okudukları görülmüştür. Öğrencilerin ambalajlı gıdaları satın alırken en çok dikkat ettikleri hususların başında; son kullanma tarihi, ambalajın açık olup olmadığı ve markanın geldiği görülmüştür. Gençlerin yaklaşık yarısının, ambalajlı besinleri satın alırken etiket bilgilerini okumadıkları saptanmıştır.¹⁷

İstanbul’da, 99 erkek ve 214 kadın tüketici üzerinde yapılan bir çalışmada, tüketicilerin etiketleri değerlendirmeleri ve etiket bilgilerindeki yetersizliklerin saptanması amaçlanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; tüketiciler arasında etiket okuma alışkanlığı %56 oranında olup eğitim düzeyinin artışıyla etiket okuma alışkanlığı arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Etiket okumama nedeni olarak “alınan ürünle ilgili yeterli bilgiye zaten sahip olma” ve “yazıların küçük olması” gösterilmiştir. Etiketteki bilgilerin yeterince denetlenmediği düşüncesi ile etikete güven duyulmadığı belirlenmiştir. Etiket okumada en çok dikkat edilen hususlar son kullanma (%84) ve üretim tarihleridir (%58,2).¹⁸

Bir başka çalışmada ise, 6 Avrupa ülkesinde (Birleşik Krallık (2019), İsveç (1858), Fransa (2337), Almanya (1963), Polonya (1800) ve Macaristan (1804)) yaşayan bireylerin besin etiketlerini okuma

düzeyleri ve etiketler üzerinde yer alan bilgileri anlama düzeyleri incelenmiştir. Çalışmada, katılımcılara yüz yüze uygulanan anketin sonuçlarına göre; 6 ülkenin genelinde, tüketicilerin %16,8’inin besin etiketlerini okuduğu ve etikette en çok besinin günlük karşılama miktarlarına, üretim ve tüketim tarihlerine, içindekiler listesine, kalori, yağ ve şeker miktarlarına dikkat ettikleri saptanmıştır. Besinin günlük karşılama miktarını (GKM) anlama düzeyinin Birleşik Krallık, İsveç ve Almanya’da yüksek olduğu ancak diğer ülkelerde daha kısıtlı bir anlama düzeyi olduğu belirlenmiştir. Ülkeye özgü farklılıklara ek olarak, yapılan regresyon analizi ile, besin etiketlerini okuma ve anlamamanın sağlıklı besin tüketimine olan ilgi düzeyinin farkından, beslenme bilgi düzeyinden ve sosyal statüden de etkilendiği sonucuna varılmıştır.¹⁹

Birleşik Krallık’ta yapılan bir çalışmada, tesadüfi örneklem yöntemiyle seçilen toplam 2940 tüketiciyle yapılan anket sonucu incelenmiştir. Araştırmada, tüketicilerin besin etiketleri üzerindeki bilgileri kullanım düzeylerinin tüketicilerin bu etiket bilgilerini anlama düzeylerinin doğru bir şekilde tahmin edilmesi, tüketicilerin beslenme bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve demografik faktörler ve sağlıklı beslenmeye ilgi ile birlikte bu bilgi düzeyinin besin etiketleri üzerindeki bilgileri kullanma ve anlamaya ne şekilde etki ettiğinin saptanması amaçlanmıştır. Yapılan regresyon analizi besin etiketindeki bilgileri anlama düzeyinin başlıca beslenme bilgisiyle ilişkili olduğunu saptamış, besin etiketindeki bilgilerin kullanımının da başlıca sağlıklı beslenmeye olan ilgiyle ilişkili olduğunu ve ikisinin de demografik değişkenlerden farklı şekilde etkilendiğini göstermiştir. Buna göre; katılımcıların besin etiketlerini inceleme ve anlama oranı yüksek olup, bilgi düzeyinin artmasıyla etiket okuma düzeyi arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır.²⁰

Başka bir çalışmada ise, Hırvatistan’ın çeşitli bölgelerinde yaşayan, tesadüfi örneklem yöntemiyle seçilen 15 yaş üzeri 1011 bireyle telefonla görüşülerek uygulanan

anketin sonucunda, yaşla birlikte besin etiketi üzerinde yer alan bilgileri kullanım düzeyinde bir değişme olup olmadığının incelenerek; katılımcıların %36'sının hiç etiket bilgisi kullanmadığı, %25'inin nadiren, %15'inin sıklıkla ve %19'unun ise her zaman besin etiketinde yer alan bilgileri okuduğu saptanmıştır. Ayrıca, eğitim seviyesi en yüksek olan ve hala eğitime devam eden kadın katılımcıların besin etiketinde bulunan bilgileri en çok kullanan bireyler oldukları belirlenmiştir. Besin etiketinde yer alan bilgileri kullananlar arasında, genç kesim kendilerini besin etiketi okumaya iten en güçlü sebebin “merak” olduğunu ileri sürerken, yaşlı kesim ise bunun sebebinin “sağlıklı beslenme isteği” olduğunu ileri sürmüştür. Buna ek olarak, araştırma sonucunda genç kesimin besin etiketlerindeki bilgileri daha rahat anladıkları, yaşlı kesimin ise besin etiketlerindeki bilgileri anlamada zorlandıkları ve yazı boyutlarının büyütülmesi gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir.²¹

İstanbul'da yapılan bir çalışmada, 18 yaş üzerindeki 500 tüketici ile yüz yüze yapılan anket sonucu araştırılmıştır. Araştırmada, Türk tüketicilerinin, besin etiketleme konusundaki tutum ve davranışlarını ortaya koymak ve konuyla ilgili farkındalığı artırmak amaçlanmıştır. Araştırmanın sonucunda, “besin değeri” bilgilerinin “etiket” bilgilerine göre daha az okunduğu; en sık okunan etiket bilgilerinin “son kullanma tarihi”, “üretim tarihi”, “raf ömrü”, “ürünün adı ve markası” ile “içindeki maddeler” olduğu bulunmuştur. İncelenen demografik değişkenlerden sadece “yaş” ve “eğitim seviyesi” ile “katılımcıların etiket bilgisi okuma sıklıkları” arasında farklılıklar olduğu görülmüştür.²²

İtalya'da yapılan bir çalışmada ise, tesadüfi örneklem yöntemi ile seçilen 400 bireyin, besin etiketleri üzerinde yer alan bilgileri kullanma ve anlama düzeylerinin, bunu etkileyen çeşitli faktörlerin ve beslenme bilgi düzeylerinin etiket okuma düzeyini etkileyip etkilemediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; besin etiketlerini okuma düzeylerinin genel

olarak düşük olduğu, ancak besin etiketlerini anlama düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum; besin etiketlerini kullanmanın daha çok sağlıklı beslenmeye olan ilgi düzeyine bağlı olduğunu göstermektedir.²³

Kastamonu'da 116 denekle yapılan bir araştırmada, tüketicilerin; gelir gruplarına, eğitim düzeyine, cinsiyetine, yaşına ve mesleklerine göre ambalajlı gıda maddelerinin son kullanma tarihine önem verme durumları incelenmiştir. Araştırma bulgularında, tüketiciler için gıda maddelerinin güvenli olmasının son kullanma tarihinden daha önemli olduğu belirtilmiştir. Son kullanma tarihine verilen önemin; farklı gelir gruplarında %70,6–76,9 arasında değiştiği, erkekler ve yaşlıların (50 ve daha üstü) daha büyük oranda önem verdiği ve eğitim düzeyinin önemli bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir.²⁴

Birleşik Krallık'ta bulunan 37 üniversiteden rastgele seçilen 500 öğrenci (375 kadın, 125 erkek) üzerinde yapılan kesitsel bir araştırmada, beslenme bilgisinin ve sağlıklı beslenmeye yönelik ilginin besin etiketlerindeki bilgileri kullanmaya etkisi olup olmadığı incelenmiş, katılımcıların beslenme bilgilerinin yaş, cinsiyet ve ırka göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca, bu çalışma ile beslenme bilgisinin ve sağlıklı beslenmeye olan ilginin besin etiketleri üzerinde yer alan bilgilerin kullanılmasında pozitif etkisi olduğu sonucuna varılmıştır.²⁵

Hırvatistan'ın çeşitli bölgelerinde yaşayan 200 tüketicinin beslenme bilgi düzeylerinin besin etiketi kullanma durumlarına etkilerinin incelendiği bir araştırmada, demografik veriler, beslenme bilgi düzeyi testi ve besin etiketlerinde yer alan bilgileri kullanma durumuna yönelik soruların bulunduğu bir testi de içeren 3 bölümden oluşan kapsamlı bir anket uygulanmıştır. Katılımcılar verdikleri cevaplara göre iyi, orta ve düşük beslenme bilgi düzeylerine sahip kişiler olmak üzere 3 sınıfa ayrılmışlardır. Anket sorularına verilen cevapların %70'inin doğru olduğu fakat günlük besin seçiminde beslenme bilgisini kullanma düzeyinin düşük olduğu

saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, bilgi düzeyi iyi olan grubun (orta yaşlı ve üniversite mezunu) besin etiketlerini inceledikleri ve incelerken en çok şeker ve yağ içerikleri, içindekiler kısmı ve katkı maddeleri listesine dikkat ettikleri saptanmıştır. Ayrıca aynı grubun besin etiketleme politikasının yararlı olduğunu, besin etiketi üzerindeki bilgilerin anlaşılır olduğunu ve besin seçimi yaparken yararlı olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Ek olarak, çalışmada etiketteki bilgilerin kullanımının eğitim düzeyi ve bilgi düzeyinden anlamlı olarak etkilendiği de saptanmıştır.²⁶

Türkiye'nin 10 ilinin çeşitli bölgelerinde yaşayan 18–65 yaş arası 1200 tüketicinin besin etiketi, beslenme ve sağlık beyanları hakkındaki fikirleri ve bunları kullanımlarının incelendiği bir çalışmada, hem kadınların hem de erkeklerin büyük çoğunluğunun (sırasıyla %64,7, %68,2) besin etiketlerini nadiren okudukları belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, besin etiketi okuma yüzdesinin bireylerin eğitim ve gelir düzeylerinin artmasıyla yükseldiği belirlenmiştir ($p < 0,05$). Ayrıca, erkeklerin çoğunluğunun (%71) besin etiketlerini besinin fiyatını öğrenmek için, kadınların çoğunluğunun (%79) ise besin etiketlerini besinlerin enerji değerini öğrenmek için

okudukları belirlenmiştir. Ek olarak, kadınların erkeklere oranla beslenme beyanları hakkındaki bilgilerinin daha yüksek olduğu, beslenme beyanlarından besinin trans yağ içermemesi (%23,5, %21) ve düşük yağlı/yağsız (%23,3, %20,5) olmasının kadınlar ve erkekler tarafından en çok okunan beslenme beyanları olduğu, sebze ve meyvelerdeki organik beyanının en çok dikkat çeken beyan olduğu (%52) ve “Düşük kolesterol sağlığın korunmasına katkıda bulunuyor.” beyanının en çok okunan sağlık beyanı olduğu belirlenmiştir.²⁷

İstanbul Ümraniye’de hizmet veren bir sağlık ocağına başvuran 167 kişinin gıda ürünlerini satın alma konusundaki tutum ve davranışları incelendiğinde, katılımcılar tarafından en çok önemsenen tutumun ürün ambalajının sağlamlığına dikkat etmek olduğu bulunmuştur (%92,8). Ayrıca, çalışmayla katılımcıların etiket okumayı %52,1 oranında onayladığı, katılımcıların %39,6’sının son kullanma tarihine ve %28,8’inin ürünün içerdiği mineral maddelere dikkat etmediği bulunmuştur. Buna ek olarak, satın almada etiketlerin kullanımının tüketiciler arasında yaygın olmadığı ve gıda ürünlerini denetleyen kurumların tüketiciler tarafından pek bilinmediği bulunmuştur.²⁸

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, Türkiye ve Avrupa'daki tüketicilerin besin etiketi kullanımını konusundaki tutum ve davranışları ve buna etki eden faktörler incelenmiştir. Genel olarak, etiket bilgilerinin okunma sıklığına bakıldığında, sıklığın çalışmanın yapıldığı kesimin sosyal ve demografik özelliklerine, bireylerin bilgi düzeylerine ve yaş aralıklarına göre değişiklik gösterebildiği görülmektedir.

Yapılan çalışmalara göre; en sık okunan etiket bilgileri arasında üretim ve son kullanma tarihi, ürünün adı, markası ve içindeki maddeler kısmı yer almaktadır. Ancak, bu bilgileri bazen okuyan veya hiç okumayan bireylerin oranı da yüksektir.

Türkiye ve Avrupa'da daha önce yapılan çalışmalarda ortaya konulduğu gibi, besin etiketleri üzerinde yer alan ve obeziteyle mücadelede büyük önem taşıyan besin değeri bilgilerinin okunma oranının düşük olduğu söylenebilir. Bu bilgileri okumayan tüketicilerin gıda alışverişi yapan bireyler oldukları düşünüldüğünde, hem kendilerinin hem de aile bireylerinin sağlığı açısından söz konusu bilgileri okumalarının ne kadar önemli olduğunun bilincinde olmaları gerekmektedir. Bu, her ne kadar tüketicilerin sorumluluğunda olsa da, devletin de bilinçlendirme çalışmalarında bulunması ve tüketicilere eğitim vermesi oldukça önemlidir. Özellikle ilk ve ortaöğretim programlarında beslenmeyle ilgili derslerin müfredata konulması, geleceğin tüketicilerinin bilinçli bireyler olarak yetişmelerinde faydalı olacaktır.²²

Yapılan birçok çalışmayla, bireylerin beslenme bilgi düzeylerinin artmasıyla besin etiketi kullanım ve anlama düzeyleri arasında olumlu bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca bu çalışmalar, bireylerin eğitim seviyelerinin besin etiketi kullanım ve anlama düzeyi üzerinde olumlu bir etkisi olduğu sonucunu da doğrulamaktadır. Buna göre, eğitim seviyesi yüksek kişiler besin etiketlerini daha sık kullanmakta ve daha iyi anlamaktadır.

Etiketlerin, genel olarak, besin değerleri ile ilgili bilgi sahibi olmak ya da ürünün içeriğinde belli başlı bir takım bileşenlerin varlığını öğrenebilmek amacıyla okunduğu yapılan birçok çalışmayla ortaya konulmuştur. Bireyleri besin etiketlerini okumaktan alıkoyan belli başlı faktörler ise; ambalaj üzerindeki bilgilerin okunamayacak kadar küçük olması ve çabuk silinmesi, ürünün içeriği hakkındaki bilgilerin yetersiz olması, ithal ürünlerde orijinal çeviri olmaması, kullanma ve saklama bilgilerinin yetersizliği, rengin okumayı güçleştirmesi, şekillerin anlaşılmasında ve üretim/son kullanma tarihinin olmaması şeklinde sıralanabilir.²⁹ Ayrıca yapılan bazı çalışmalarda etiketlerde çok fazla bilgi verildiğinde, tüketicilerin akıllarının karışabildiği ortaya konmaktadır. Etiket okumayan bir kısım tüketicinin ise yeterli zamanları olmadığı, tanımları anlayamadıkları, anlamaları zor olduğu ya da beslenme konusu ile ilgilenmedikleri için etiket bilgisi okumadıkları görülmektedir.³⁰

Özetle, yapılan çalışmalarla, Türkiye ve Avrupa'daki tüketicilerin besin etiketlerine yönelik tutumları benzer olup bu tutumları etkileyen faktörlerin de benzer olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak, besin etiketlerini okuma düzeyleri sosyo-demografik özelliklerle ve çalışma yapılan bölgenin birtakım özellikleriyle değişebilmektedir. Bu nedenle, yapılan çalışmalarla genelleme yapmanın çok doğru olmayacağı düşünülmektedir. Buna ek olarak, bilgi düzeyiyle besin etiketlerinde yer alan bilgileri anlama düzeylerinin doğru orantılı olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, besin etiketlerinde yer alan bilgileri anlama durumunun bireylerin besin seçimlerini etkilediği Türkiye ve Avrupa'da yapılan çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu bağlamda, tüketicilerin bilinçlendirilmesinin daha sağlıklı nesiller ortaya çıkaracağı öngörülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Sanchez, M., Sanjuan, A.I., Akl, G. (2001). The Influence of Experience in Consumption and Personal Attitudes on the Purchase of Lamb and Beef. 71st EAAE Seminar, Zaragoza-Ispanya.
2. Caswell, J.A., Noelke, C.M., Mojduszka, E.M. (2002). Unifying Two Frameworks for Analyzing Quality and Quality Assurance for Food Products (B. Krissoff, M. Bohman ve J.A. Caswell Editör). Global Food Trade and Consumer Demand for Quality, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, s.43-61.
3. Onurlubaş E. (2015). Tüketicilerin Gıda Güvenliği Konusunda Bilinç Düzeylerinin Ölçülmesi: Tokat İli Örneği. G.O.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. A. Zafer GÜRLER).
4. Pride, W., Ferrell, O.C. (2013). Foundations of Marketing. Cengage Learning. Higher Education, 220.
5. Kang, H.T. (2013). Reading nutrition labels is associated with a lower risk of metabolic syndrome in Korean adults: The 2007–2008 Korean NHANES. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases, 23: 876-882.
6. Graham, D.J., Laska, M.N. (2012). Nutrition label use partially mediates the relationship between attitude toward healthy eating and overall dietary quality among college students. *J. Acad. Nutr. And Diet.* 112: 414-18.
7. Satia, J.A., Galanko, J.A., Neuhouser, M.L. (2005). Food nutrition label use is associated with demographic, behavioral, and psychosocial factors and dietary intake among African Americans in North Carolina. *J. Am. Diet. Assoc.*, 105: 392-402.
8. Solomon, M.R., Marshall, G.W., Stuart, E.W. (2012). Marketing: Real People, Real Choices. Pearson Education Limited.
9. Demirci, A., Demirci, A. (2013). Kozmetik ürün etiketlerindeki sembollerin bilinirliği. *E-Journal of New World Sciences Academy*, 136-45.
10. T.G.K. (2011). Türk gıda kodeksi etiketleme yönetmeliği, Resmi Gazete, 28157, 29 Aralık 2011.
11. T.V.H.B. (2014). Türk Gıda Kodeksi Etiketleme Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete, 28906, 7 Şubat 2014.
12. Tek, B.Ö. (2000). 21. Yüzyılın Basında Tüketicinin Korunması'nın Değişen Gündemi çerçevesinde Türkiye'nin Yeri. 21.Yüzyıla Girerken Tüketici Olarak Haklarımızı Biliyoruz? Standart, 16-25.
12. Gün, İ., Orhan, H. (2011). Süt ve Ürünleri Tüketicilerinin Etiket Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *İğdır Univ. J. Inst. Sci. & Tech.*, 1: 45–51.
13. T.K.B. (2002). Türk Gıda Kodeksi Gıda Maddelerinin Genel Etiketleme ve Beslenme Yönünden Etiketleme Kuralları Tebliği. Resmi Gazete, 2002/58.
14. Food Standards Agency. (2010). Public attitudes towards, and use of, general food labeling. Social Science Research Unit Oxford Evidentia, UnitReport 4.
15. Besler, H.T., Buyuktuncer, Z., Uyar, M.F. (2012). Consumer understanding and use of food and nutrition labeling in Turkey. *J. Nutr. Edu. And Behav.*, 44: 584-91.
16. Alpuğuz G., Erkoç F., Mutluer B., Selvi M. (2009). Gençlerin (14-24 Yaş) Gıda Hijyeni ve Ambalajlı Gıdaların Tüketimi Konusundaki Bilgi ve Davranışlarının İncelenmesi. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 66 (3): 107–115.
17. Güneş FE., Aktaç Ş., Omurtag Korkmaz Bİ. (2014). Tüketicilerin Gıda Etiketlerine Yönelik Tutum ve Davranışları. *Akademik Gıda*, 12 (3): 30–37.
18. Grunert GK., Fernandez-Celemin L., Wills JM., Bonsmann SSG., Nureeva L. (2010). Use and Understanding of Nutrition Information on Food Labels in Six European Countries. *J Public Health*, 18: 261–277.
19. Grunert GK., Wills JM., Fernandez-Celemin L. (2010). Nutrition Knowledge, and Use and Understanding of Nutrition Information on Food Labels Among Consumers in the UK. *Appetite*, 55: 177–189.
20. Ranilovic J., Baric IC. (2011). Differences Between Younger and Older Populations in Nutrition Label Reading Habits. *British Food Journal*, 113 (1): 109–121.
21. Aygen FG. (2012). Tüketicilerin Besin Etiketleri İncelenmesi Konusundaki Tutum ve Davranışları. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 4 (3): 28–54.
22. Annunziata A., Vecchio R. (2012). Factors Affecting Use and Understanding of Nutrition Information on Food Labels: Evidences from Consumers. *Agricultural Economics Review*, 13 (2): 103–116.
23. Köse N., Yaman M. (2010). Tüketicilerin Gıda Maddelerinin Son Kullanma Tarihine Verdikleri Önem Üzerine Bir Araştırma: Kastamonu İli Merkez İlçe Örneği. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 18 (1): 233–240.
24. Cooke R., Papadaki A. (2014). Nutrition Label Use Mediates the Positive Relationship Between Nutrition Knowledge and Attitudes Towards Healthy Eating with Dietary Quality Among University Students in the UK. *Appetite*, 83 (1): 297–303.
25. Kresic G., Mrduljas N. (2016). The Relationship Between Knowledge and the Use of Nutrition Information on Food Package. *Acta Alimentaria*, 45 (1): 36-44.
26. Gezmen Karadağ M., Türközü D. (2017). Consumers' Opinions and Use of Food Labels, Nutrition, and Health Claims: Results from Turkey, *Journal of Food Products Marketing*, DOI: 10.1080/10454446.2017.1266558. Erişim Tarihi: 6 Eylül 2017.
27. Topuzoğlu, A., Hıdıroğlu, S., Ay, P., Önsüz, F., İkışık, H. (2007). Tüketicilerin Gıda Ürünleri ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Sağlık Risklerine Karşı Tutumları. *Kor Hek*, 6 (4): 253-58.
28. Karabiber, C., Hazer, O. (2010). "Tüketicilerin Bilgi Kaynağı Olarak Gıda Ürünlerindeki Etiketleri Okuma ve Anlamada Karşılaştıkları Sorunların İncelenmesi", Hacettepe Üniversitesi Tüketici-Pazar-Araştırma-Danışma Test ve Eğitim Merkezi Tüketici Yazıları II, 253-270.
29. Ünüsan, N. (2004). "Preschool Teachers' Attitudes Towards Nutritional Information on Food Labels in Turkey and Recommendations for an Educational Programme", *Early Child Development and Care*, 174 (7): 629 – 638.

18. Yüzyıldan Günümüze Türkiye ve Amerika'da Askeri Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi

18th Century since the Historical Development of Military Nursing in Turkey and America

Hülya LEBLEBİCİOĞLU¹

ÖZET

18.yy ve 19.yy'da meydana gelen küresel savaşlarda sayısız ölümler ve yaralanmalar yaşanmıştır. Bu makale, Türk ve Amerika toplumunda askeri hemşireliğin temellerini, ilerleyen savaş dönemleriyle gelişimini, savaş ve terörde salgın hastalıklar sebebiyle oluşan kayıpları, olası savaş sürecine hazırlıkta hemşirelik eğitiminin önemini, özelleşmiş askeri hemşirelik becerilerini incelemek amacıyla ele alınmıştır.

Ülkemizde askeri hemşirelik Florence Nightingale'in Kırım Savaşı'nda; kadınların yürüttüğü bakım hizmeti ile hasta ve yaralı askerlerin sağlıklarını olumlu yönde etkilenmesi ile mesleğin miladı olarak nitelendirilmektedir. 11 Haziran 1868'de İstanbul'da "Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti" adıyla Dr. Abdullah tarafından faaliyete başlayan kurum 1877 tarihinde "Osmanlı Hilâl-i Ahmer Cemiyeti Merkez-i Umumi" olarak değiştirilmiştir.

Amerika'da iç savaşın patlak vermesiyle, askeri hemşire teşkilatı, ambulans hizmetleri, hastane hizmetleri ve sistemli medikal teşkilatlar bulunmamaktaydı. İlk çarpışmadan sonra hemşire ihtiyacının önemi açıkça belli oldu ve ülkede eğitilmiş hemşireler henüz o zamanlarda yoktu. Amerika Birleşik Devletleri ABD tarihinde ilk askeri hemşirelerden bazıları şöyledir; Dorothea Dix, Kate Cummings, Jane Woolsey, Clara Barton, Clara Maas, Jane Delano, Annie Goodrich, Julia Stimson, Florence Blanchfield, Lucile Petry.

Yakın tarihimize savaşlara göz atacak olursak artık politik, ekonomik, psikolojik, biyolojik savaşlar görece artmış olup sıcak savaşlar ne yazık ki dünya toprakları üzerinde hala devam etmektedir. Savaşın bir afet olarak kabul edilip hemşirelik lisans eğitimi veren okul ve kurumların programlarından mezun olacak hemşirelere, uygulamalı eğitimlerin de içinde yer aldığı hazırlık eğitimleri yerleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Askeri Hemşirelik, Savaş

ABSTRACT

In the 18th and 19th century, there have been numerous deaths and injuries global war. This research had taken to basics of the military nursing Turkish and American society, the development of wartime, losses because epidemic illness in the wars and terrorism, the importance of nursing education in the process of preparation for possible war, examining privatized military nursing skills.

In the Crimean War Florence Nightingale with woman where running care service to sick and wounded soldiers, has positive effect to their heaths which estimated as milestone of military nursing. In June 11, 1868, there were aid agency was called "Wounded And Sick Soldiers Aid Society" by created Dr. Abdullah in Istanbul. Afterwards was changed "Headquarter of Ottoman Hilal-i Ahmer Society" in 1877.

Civil War erupted in America and there were no military nurse corps, ambulance services, hospital services, systematic medical organizations. After the first collision the importance of nursing reads became clearly and trained nurses in America history; Dorothea Dix, Kate Cummings, Jane Woolsey, Clara Barton, Clara Maas, Jane Delano, Annie Goodrich, Julia Stimson, Florence Blanchfield, Lucile Petry.

At the present time political, economic, psychological wars increased unfortunately shooting wars on the lands of the earth. The war must be expected as a disaster that's why the nurses about the have bachelor degree of nursing school and institution, school be educated pre education which included practical lessons.

Keywords: Nurses, Military Nursing, Warfare

*Bu bildiri 1.Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Tarihi Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.18-21 Haziran 2014-İzmir
¹Araştırma Görevlisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ

18.yy ve 19.yy’da meydana gelen küresel savaşlarda sayısız ölümler ve yaralanmalar yaşanmıştır. Bu dönemde savaşta askerlerin ve gönüllülerin bakım/tedavisi için rol alacak kişilere ihtiyaç duyulmuştur. Bu anlamda yaralı askerlerin ve gönüllülerin tedavisinde sağlık eğitimi almış, kadın ve erkek hemşireler aktif görev almışlardır. Tarih boyunca savaş/terör saldırılarından fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak olumsuz etkilenen kadınlar dünyanın pek çok yerinde yaralı askerlerin ve diğer savaş/terör mağdurlarının bakımında ve tedavisinde rol almıştır.¹ Sağlık sistemi içinde hemşirelerin savaş/terör olaylarına hazır olmaları sağlık hizmetlerinin sunumunun kesintisiz ve etkili bir şekilde devam etmesi için hem kişisel hem de profesyonel olarak niteliklerini geliştirmeleri gerekmektedir.^{2,3}

Günümüzde sağlık bakım sistemleri hızla gelişirken, hemşirelik mesleğinin hizmet verdiği alanlar da çeşitlenmektedir.^{1,4} Hemşirelik mesleğinin hizmet verdiği alanlarda geriatri hemşireliği, psikiyatri hemşireliği, pediatri hemşireliği, diyaliz hemşireliği, yoğun bakım hemşireliği, adli hemşirelik ve askeri hemşirelik gibi birçok alan bulunmaktadır. Askerlerin sağlığı için yapılan tıbbi ve cerrahi uygulamalardaki değişim ve yenilikler askeri hemşireliğinde gelişimini zorunlu kılmıştır. Askeri hemşire tıbbi ekibin önemli bir üyesidir.⁵

Bu makale, Türk ve Amerika toplumunda askeri hemşireliğin temellerini, tarihsel süreçte yaşanan savaş dönemleriyle askeri hemşireliğin gelişimini, savaş ve terörde salgın hastalıklar sebebiyle oluşan kayıpları, olası savaş sürecine hazırlık aşamasında hemşirelik eğitiminin önemini ve özelleşmiş askeri hemşirelik becerilerini incelemek amacıyla ele alınmıştır.

Bu makaleyi ve vardığı sonuçları incelerken bazı sınırlamalara dikkat edilmesi gerekir: Öncelikle bu derlemenin yazarı tarih bilimci değildir; bu alanda bir eğitim almamıştır ve dolayısıyla alana özel sistematik bilgidir yoksundur. Bu nedenle tarihsel süreç ve ilişkileri diğer kaynaklardan

edindikleri kadarıyla anladığı ölçüde yansıtacaktır.

Türkiye’de Askeri Hemşirelik Süreci

Askeri hemşirelik kavramının ortaya çıkışı tarihte yaşanan savaşlarla doğrudan ilişkilidir. Osmanlı Devleti; Kırım savaşı, Osmanlı-Rus Savaşı, Trablusgarp Savaşı, Balkan ve Çanakkale Savaşları, Birinci Dünya Savaşı ve Milli mücadele gibi pek çok savaş dönemine maruz kalmıştır. Osmanlı ordusunda sağlık hizmetleri çoğunlukla cerrahlar tarafından verilmiş ve savaş zamanı hekimlerde geçici olarak ordu hizmetine alınmıştır. İlk asker hastaneleri III. Selim döneminde kurulmaya başlanmıştır. 1794 Zeytinburnu, 1799 Asâkir-i Mansuriye veya Selimiye, yine 1799 tarihinde Levent Çiftliği 19.yy’da ise bu sayı ihtiyaca göre arttırılmıştır.⁶

Florence Nightingale’in Kırım Savaşı’nda 1854; kadınların yürüttüğü bakım hizmeti ile hasta ve yaralı askerlerin sağlıklarını olumlu yönde etkilemesi ülkemizde de hemşirelik mesleğinin miladı olarak nitelendirilmektedir. Kırım Savaşı’na 25.000 İngiliz askeri katılmış, bunların 18.000’i dizanteri, kolera, beriberi, yüksek ateş, kalabalık yaşam alanları, hijyenik koşullar içermeyen hastane ortamı, yetersiz yiyecek, kötü hasta bakımı gibi nedenlerle hayatlarını kaybetmiştir. Florence Nightingale’in çevreye yönelik yaptığı iyileştirici uygulamalar ve tuttuğu istatistiklerde, çevre sanitasyonu, kişisel hijyen, el yıkamanın önemi gibi hasta bakımı uygulamaları, mortalite hızını %42’den %2.2’ye düşürmüştür.^{7,8}

Sağlık alanında kadın eleman yetiştirmeye yönelik ilk düzenleme 1842 yılında başlatılan ebelik eğitimi ile olmuştur. 1895’te doğumevinde ebelik eğitimi başına Besim Ömer Paşa getirilmiş ve iyileştirme çalışmaları yapılmıştır.⁶

11 Haziran 1868 tarihinde İstanbul’da “Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti” adıyla Dr. Abdullah tarafından faaliyete başlayan kurum 1877 tarihinde “Osmanlı Hilâl-i Ahmer Cemiyeti Merkez-i

Umumisi” olarak değiştirilmiştir. Dönüşmüştür.^{6,9} Bu cemiyet, Beşiktaş Sarayı’nın Paşa Dairesi’nde ilk oturumunu yapmıştır. Hilâl-i Ahmer Cemiyeti’nin 1877 tarihli ana nizamnamesinde belirtildiği üzere, salgın hastalıklarla mücadelede katılmakla görevlendirilmiştir.^{6,9} Bu kurumda varlıklı ve nüfuzlu kadınların çalışmaları, kadın tarafından hasta bakımı verilmesinin önünü açmıştır. Özellikle Safiye Hüseyin Elbi ve Nesime Hanım’ın bu konuda büyük rol oynadığı bildirilmektedir ve hasta bakımı alanındaki çalışmaları “gönüllü şefkat hemşireleri” ve “aşıcı hanımlar” sürdürmüştür.⁶

Osmanlı-Rus Savaşı’nda 1877-78 Osmanlı Ordusu üzerine yapılan bir incelemeye göre; 1877-1878 Osmanlı-Rus Savaşı’nda ve 1912-1913 Balkan Savaşı’nda ve Büyük Savaş’ta Osmanlı Ordusu’nun büyük bölümünde açlık baş göstermiştir. Kolera, tifo ve dizanteriden ölen askerlerin sayısı çatışmalarda yaralanarak ölenlerden çok daha fazladır.⁹

Torun’un belirttiği üzere 1909 yılında Kenan Tevfik Sezenel ve Refik Münir Keskingil “Hastabakıcılık” ismiyle ilk Türkçe hemşirelik kitabını yayınlamıştır. 1913-1914 yıllarında Kızılay Cemiyeti bünyesinde açılan hasta bakımıyla ilgili kurslara İstanbul’un en kültürlü çevrelerinden kadınlar katılmıştır.⁶

Ülkemizde hemşirelik hizmetlerine duyulan gereksinim; Trablusgarp Savaşı’nda 1911 askerlerin ağır kayıp vermesi ve yaralılara sağlık hizmetlerinin yeterince verilmemesi nedeniyle gün yüzüne çıkmış ve acil önlem alınmasına karar verilmiştir. Bu amaçla 1911’de Hilal-i Ahmer Cemiyeti Kızılay tarafından, Dr. Besim Ömer Paşanın desteğiyle, altı ay süreli ilk hemşirelik kursu açılmıştır. Buradan mezun hemşireler Balkan ve I. Dünya Savaşı’nda görev yapmıştır. Bu hemşirelerden biri olan Safiye Hüseyin Çanakkale Savaşı’nda cephelerden gelen yaralılara ilk müdahalenin yapılarak İstanbul’a nakillerinin sağlandığı bir hastane gemisi olan “Reşit Paşa Vapuru”nun başhemşiresi olarak çalışmıştır. Bu gemi hastane olduğunu gösteren işareti olmasına

rağmen, birçok defa düşman ateşine maruz kalmıştır.

1939’da Milli Savunma Bakanlığı’na bağlı ilk askeri hemşirelik okulu açılmış ve mezunları askeri hastanelerde görevlendirilmiştir.¹² Daha sonraki yıllarda açılan farklı eğitim düzeylerindeki askeri hemşirelik okullarından mezun olan hemşirelerin bir kısmı, açılan Deniz Kuvvetleri’ne bağlı hastanelerde ve denizasırlı ülkelerdeki savaş ortamında Bosna, Kosova gibi görevler almışlardır.

Yakın tarihimizde ise Türk Deniz Kuvvetleri’ne bağlı “TCG İskenderun” adlı gemiyle Ekim 2003’te Türkiye’nin Akdeniz limanları ve Mayıs 2004’te Karadeniz limanları dolaşarak bölge halkına on beşer günlük sürelerle sağlık hizmeti sunulmuştur. Tuğamiral Özdağdeviren, geminin Deniz Kuvvetleri Komutanlığı’nın lojistik nakliyat gemisi olduğunu, bu görev için sağlık hizmeti verilmek üzere tıbbi cihaz, malzeme ve ekipmanla donatılarak hastane gemisi haline getirildiğini ifade etmiştir. Deniz Kuvvetleri Komutanlığı’na bağlı hastane ve revirlerde gemideki sağlık ekibi içinde 15 doktor, 14 yüksek hemşire ve hemşire, 8 eczacı, laborant, teknisyen ve hasta bakıcı ile 55 kişilik bir ekip görev yapmış ve koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında, genel sağlık taramaları, aşılama ve anne çocuk sağlığı ile ilgili hizmetler vermişlerdir.¹³

Türkiye’de ilk askeri hemşire okulu Ankara’da 1939 yılında milli savunma bakanlığınca açılmıştır. Parasal sorunlar nedeni ile 1947 yılında kapatılan bu okulun öğrencileri Kızılay Özel Hemşire Okulu’na devredilmiştir. Daha sonra 1972-1973 ders yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi GATA yeniden “Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Meslek Lisesi” adıyla hemşire yetiştiren bir okul açılmıştır.¹¹

1985 yılında “muvazzaf askeri yüksek hemşire” yetiştirmek üzere GATA Hemşirelik Yüksekokulu açılmıştır. GATA lisans düzeyinde ilk hemşirelik eğitime, 1985 yılında, 2955 sayılı GATA Kanunu doğrultusunda, 27 Kasım 1985 gün ve 18941 sayılı resmi gazetede Bakanlar Kurulu Kararı ile yayınlanan yönetmelik

çerçevesinde Hemşirelik Yüksek Okulu'nda başlanmıştır.¹⁴

GATA Hemşirelik Yüksekokulu hemşirelikte lisans eğitimi vermek ve Türk Silahlı Kuvvetleri'ne subay hemşireler yetiştirmek amacıyla 1985 - 1986 eğitim-öğretim yılında 35 öğrenciyle eğitime başlamıştır. İlk mezunlarını 30 Ağustos 1989 tarihinde vermiştir. Mezunlar yurdumuzdaki hastanelerde başhemşire ve klinik sorumlu hemşire olarak görevlendirilmişlerdir. Okulda, Genelkurmay Başkanlığı'nın emri ile 1990 - 1991 eğitim-öğretim yılında K.K.T.C. uyruklu, 1993 - 1994 eğitim-öğretim yılında Arnavutluk ve Azerbaycan uyruklu kız öğrenciler lisans eğitimine başlamışlardır. GATA Hemşirelik Yüksekokulu, bugüne kadar 5'i Azerbaycan, 6'sı Arnavutluk ve 299'u T.C. uyruklu olmak üzere toplam 310 subay yüksek hemşire mezun vermiştir. 1998-1999 eğitim-öğretim yılında subay yüksek hemşire alımı Genelkurmay Başkanlığı'nın emri ile durdurulmuş ve GATA Hemşirelik Yüksek Okulu'nda lisans seviyesinde sivil hemşire yetiştirilmesine başlanmıştır.¹⁵

GATA Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü'nün akademik yapısı; bir Bölüm Başkanlığına bağlı iki Ana Dal Başkanlığı ve bunlara bağlı 7 Bilim Dalı Başkanlığından oluşmaktadır. Bu bilim dallarında GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde 1988 - 1989 eğitim-öğretim yılından itibaren mezuniyet sonrası eğitim programları yürütülmektedir.

Günümüzde, "GATA Hemşirelik Yüksekokulu" mezunları "Askeri Sivil Memur" statüsünde yurt içinde askeri hastanelerde diğer meslektaşları gibi hasta bakım hizmetleri yürütürken; iç güvenlik hareketi yapılan bölgelerde, Türk Silahlı Kuvvetleri'nin barışı sağlamak için görev aldığı Afganistan, Kosova gibi yurt dışı askeri sağlık hizmetlerinde de görev yapmaktadırlar.^{11,15}

Amerika'da Askeri Hemşirelik Süreci

Amerika'da iç savaşlar başladığında, askeri hemşire teşkilatı, ambulans hizmetleri, hastane hizmetleri ve sistemli medikal teşkilatlar bulunmamaktaydı. İlk silahlı çarpışma sonrası hemşire ihtiyacının önemi açıkça belli oldu. O dönemde ülkede eğitilmiş hemşire henüz yoktu. Birçok dini örgüt gönüllü olup ve kendi hastanelerinde, askeri hastanelerde ve harp meydanında hemşirelik bakımı sağlayarak sağlık hizmeti sunmuştur. Şentürk'ün belirttiği üzere 1850 yılında genel alanda hemşirelik gereksinimi kendisini göstermiş ve Amerika'daki Katolik ve Protestan kiliseleri ile Museviler kendi hastanelerini ve hemşire okullarını inşa etmeye başlamışlardır. Bu arada Amerika'nın çeşitli yerlerinde "Kadınlar Tıp Koleji" açılmış, bu kolejden mezun olan hanım doktorların hastanelerde hemşire eksikliğini dile getirmeleri sonucu hemşire okulları da açılmıştır. İlk hemşire okulu; Philadelphia'da tıp kolejine bağlı 1861 yılında açılan hemşire okuludur.¹²

1901'de ABD ilk askeri hemşire teşkilatını resmi olarak kurmuştur. Askeri düzenleme ile hemşireler sonunda tıp bölümünde kalıcı bir birim edinmişlerdir.¹⁶

Gayle kitabında eğitilmiş askeri hemşirelerin ilk olarak 1898-1899 İspanya-Amerika savaşı ile bakım verdiklerini yaygın bir kanı olarak belirtmektedir. Temsili yönetici genel cerrah George Sternberg ve Dr. Anita Newcomb Mcgee ihtiyaç duyulabilecek kadar hemşireyi işe almış ve askeri hemşire birliğinin kurulması için girişimlerde bulunmuşlardır. Başlangıçta eğitilmiş hemşireler tıp uygulama sahasında kabul görmemiş, sonraları varlıkları hekimler tarafından kabul edilmiştir. Savaş süreci ilerlediğinde hemşirelerin yaralı askerler için verdikleri bakım yetenekleri ve yaralı askerler tarafından kabul görmeleri askeri hekimleri de hemşirelere bağımlı hale getirmiştir.¹⁶

Birinci Dünya Savaşı'nda ordu emrinde 400 hemşire olmasına rağmen bir buçuk sene içinde Amerikan Kızılhaç'ı ve hemşirelik organizasyonlarının yardımı ile ordu

hemşirelerinin sayısı 20.000'in üstüne çıkmıştır. Bunlardan 10.000 hemşire Deniz Kuvvetlerinde görev almıştır. 1920'de ordu hemşirelerine askeri rütbe verilmiştir. Bu dönemde Amerika'da hemşirelik İngiliz ve Fransız hemşireliği kadar iyi düzeyde olmayıp, Fransız ve İngiliz hemşireliğinden çok yararlanmışır.¹² Amerikan sivil savaşlarında yer alan hemşirelerin yaptıkları çalışmalar Amerikan hemşireleri tarafından bilinmekte fakat dünya hemşireleri bunu Florence Nightingale'in Kırım'daki çalışmaları kadar bilmemektedir.¹⁷ ABD tarihinde ilk askeri hemşirelerden bazıları şöyledir;

Dorothea Dix; 1802-1887 savaş dönemi boyunca ordunun hemşirelik yönetiminde yer almıştır. Hemşireliği güçlendirici ve hemşirelik aktivitelerini denetleyici bir öğretmen olup, Florence Nightingale'in İngiltere'de yaptığı işlerin Amerika'daki öncülüğünü yürütmüştür. Salgın hastalıkların bakımında ve salgın hastalıklardan korunmada, sanitasyon işlerinde, tıbbi araç temininde, hemşirelik bakımında büyük reformlar yapmıştır.^{12,16} Savaştan sonra bayan Dix, yaşlı oluşu ve emekliye ayrılması sebebiyle görevine devam edememiştir. 10 Haziran 1861'de Sekreter Simon Cameron tarafından ordudaki kadın hemşirelerin yöneticisi olarak atanmıştır. Bu eylem onun yönlendirmesiyle organize olan gönüllü kadın hemşireler teşkilatının kurulmasını sağlamıştır. Bayan Dix, hemşirelikte hazırlığının olmamasına rağmen gerekli organizasyonel beceriye sahipti. Her on hasta/yatak için bir hemşire düzenlemesini orduda gerçekleştirdi. Hemşirelik için adayların 35-40 yaş aralığında, sağlıklı, eğitilmiş, iyi karakterli ve mizacı ciddi şartları taşıması gerektiğini savundu.¹⁶

Kate Cummings; 1836-1909 savaş süresince sonradan yayınladığı bir günlük tutmuştur. Kitabı müttefik hastane ve hemşirelik kayıtlarını gerçekçi olarak sunmaktadır. Cumming'de gönüllü bir hemşireydi. Kendisi bakımı ve hastanedeki yaralı ve hastaların bakım eksikliğini tanımladı. Kanla, taşımayla, kıyafetler ile

ilgili olarak oluşan birçok enfeksiyon problemini tanımladı.¹⁶

Jane Woolsey; 1830-1900 orduda gönüllü hemşiredir. Virginia'daki birlik hastanede yöneticilik yapmıştır. Tıbbi uygulamaları anlatan, hemşirelik görevlerini belirleyen ve yaralı askerler ile ilgili hatıralarını yayınlamıştır. Savaşın sonrasında New York'ta kilise üyesi bir hastanede hemşirelik eğitimini kurmada yardımcı olmuştur.¹⁶

Clara Barton; 1821-1912 savaş bölgesindeki hastanelerde ve savaş kamplarındaki esirlere bakım vermiş gönüllü bir hemşiredir. Amerikan Savaşlarında hasta bakımında önemli bir rol oynayan Clara Barton, hemşirelik eğitiminde de öncü olmuştur. Savaşlarda bağımsız olarak çalışmış, Avrupa ziyaretinde Uluslararası Kızıl Haç çalışmalarından etkilenmiştir. Amerika'da lobi faaliyetlerine katılarak Kızıl Haç'ın kuruluşunda önemli rol oynamıştır. İlk başkan olarak 1881'de Kızıl Haç'a hizmet etmiştir. Amerikan Sivil Savaşı sırasında askerlere yaptığı yardım ve savaştaki çalışmaları ona "Savaşın Meleği" The Angel of the Battlefight adını takmıştır. Clara Barton, kayıp olan asker ve ailelerine de yardım etmiştir. Savaş deneyimlerine ilişkin konuşmalarında Florence Nightingale gibi savaş alanındaki hijyenik kuralları yaralı ve hasta bakımında izlenecek yol haritasını organize etmiştir. Onun ve Florence Nightingale'in çalışmaları, hemşirelik biliminde geniş ilerlemelerin kaydedilmesini sağlamıştır.¹⁶

Clara Maas; 1876-1901 İspanya-Amerika savaşı sonrasında sarıhummanın nedenlerini tanımlayan bir çalışmaya katıldı. Sivrisinek tarafından ısırılmış enfekteli bir hasta tarafından kendisinin ısırılmasına izin vermiş, hastalığa yakalanmıştır ve birkaç gün sonra ölmüştür. Clara Maas; sarıhumma hastalığı ile mücadele için kurulan komisyona destek vermek üzere Küba'ya gitmiş ve sarıhumma sonucunda hayatını kaybetmiştir. Maas'ın insanlığa verdiği bu hizmetten dolayı 1951'de Küba'da; 1976 yılında da Amerika'da bir anı pulu bireysel hemşire onuruna Amerika'da basılan ilk pul bastırılmıştır.¹⁶

Jane Delano; 1862-1919 Amerikan Kızıl Haç ordusunun oluşumunda yer almıştır. Birinci dünya savaşında Amerikan Kızıl Haç sayesinde orduya hizmet için hemşireleri toplamıştır. Kızıl Haç hastanesi ateşkes sonrası Fransa’da geziyorken Jane kulak iltihabına yakalanmış ve birkaç gün sonra ölmüştür.¹⁶

Annie Goodrich; 1866-1954 Kolombiya Üniversitesinde profesördür. Birinci dünya savaşı boyunca askeri hemşire okulunda dekan olarak görevine devam etmiştir. Savaş sonrasında Yale Üniversitesi hemşirelik okulunun ilk dekanı olarak hizmet etmiştir.¹⁶

Julia Stimson; 1881-1948 Birinci dünya savaşı boyunca Amerikan seferi kuvvetlerde başhemşire olarak görev almıştır. Askeri hemşire okulunda dekan olarak çalışmış ve ordu hemşire teşkilatına ilk denetmen olarak tayin edilmiştir. İkinci dünya savaşı boyunca askerlik hizmeti için hemşireleri bir araya getirmiştir.¹⁶

Florence Blanchfield; 1882-1971 İkinci dünya savaşı boyunca askeri hemşire teşkilatında denetmenlik yapmıştır. Albay rütbesine erişen birkaç kadından birisidir. Savaş sonrasında ordu ve donanma da çalışan imtiyazlı hemşirelerin maaş, fayda, özel haklar vb. subaylar için emredilen tasarının geçmesi için çalışmıştır.¹⁶

Lucile Petry; 1902-1999 İkinci dünya savaşı boyunca “Askeri Öğrenci Cadet Hemşire Teşkilatı” başkanlığını yürütmüştür.

Bu program savaş bitene kadar askeri personele hizmet etmeyi kabul eden bayanlara ücretsiz hemşire eğitimi sağlamıştır.¹⁶

Hemşirelerin Deniz Kuvvetleri bünyesinde görevler almaları dünyada ilk kez 1888’de Amerika Birleşik Devletleri’nde New York Bellevue Hastanesi’nde eğitim süresi iki yıl olan Mills Hemşirelik Okulu ile gerçekleştirmiştir. Söz konusu hemşireler, savaş sırasında yaralı taşıyan “Solace” adlı gemiyle Küba’dan ABD’ye yol almıştır. Solace, sadece askeri rütbesi olan erkek hemşireleri çalıştırma onuruna sahip olan bir gemi değil, aynı zamanda denizde ilk antiseptik cerrahinin gerçekleştirilmiş olduğu bir gemidir¹⁸. İlerleyen zamanlarda gelişmelere paralel olarak, 1991’de Irak’a düzenlenen Çöl Fırtınası Operasyonu’nda, 2001’deki New York’taki Dünya Ticaret Merkezi’ne düzenlenen saldırılarda ABD’nin “Comfort” adlı hastane gemisinde hemşireler etkin roller almışlardır.¹⁹

Amerika’da hemşirelik eğitimi ve askeri hemşireliğe destek özellikle ikinci Dünya Savaşı’nda gözlenmektedir. Savaş ilerledikçe hemşire yetersizliği gündeme gelmiştir. Savaşlar ulusun hemşirelere olan bağımlılığının keskin farkındalığını ve aciliyetini karşılamak için hemşirelerin doğal afetlere/felaketlere hazırlanma ihtiyacını gündeme getirmiştir. Bu bağlamda ordunun hemşireliğe büyük katkısı olmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Tarihe bakıldığında sunulan hemşirelik hizmetlerinde kahraman davranışlar sergileyen hemşireler öne çıkmıştır. Savaş/terör saldırılarından fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak olumsuz etkilenen kadınlar; aynı zamanda dünyanın pek çok yerinde yaralı askerlerin ve diğer savaş/terör mağdurlarının bakımında ve tedavisinde rol almıştır. Kadınların bu hizmetleri; önceleri profesyonel bir meslek olarak hemşireliği ifade etmese de, farklı zamanlarda birçok şekilde sürdürülmüştür. Yaşanan bu olaylar askeri hemşireliğin ne denli önemli olduğunu doğurmuş, askeri hemşireliğin özel beceri ve

hemşirelik uygulamaları, kompleks müdahaleler gerektirdiğini göstermiştir.

Yakın tarihimize savaşlara göz atacak olursak artık politik, ekonomik, psikolojik, biyolojik savaşlar görece artmış olup sıcak savaşlar ne yazık ki dünya toprakları üzerinde hala devam etmektedir. Bu savaşların en önemli sağlık hizmeti basamağında bulunan hemşirelerden, askeri hemşireliği becerilerine sahip ve bu becerileri arttırmaya yönelik ulusal bir eylem planının oluşturulmasında, uygulanmasında, değerlendirilmesinde ve yaygınlaştırılmasında

profesyonel katkı sağlamaları beklenmektedir. Bu bağlamda savaşın bir afet olarak kabul edilip hemşirelik lisans eğitimi veren okul ve kurumların programlarından mezun olacak hemşirelere, uygulamalı eğitimlerin çadır hastane vb. de

içinde yer aldığı hazırlık eğitimleri yerleştirilmelidir. Askeri hemşirelerin yetki ve sorumluluklarının uluslararası düzeyde irdelenmesi geliştirilmesi ve bunların yasal düzenleme kapsamında desteklenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bebiş H., Özdemir S. 2013. "Savaş, Terör ve Hemşirelik". F.N. Hem. Derg Cilt 21 - Sayı 1: 57-68.
2. Gebbie, K. M., Qureshi, K. 2002. "Emergency and Disaster Preparedness: Core Competencies For Nurses". American Journal of Nursing, 102(1): 46-51.
3. Hilton C., Allison V. 2004. "Disaster Preparedness: An Indictment For Action By Nursing Educators". The Journal Of Continuing Education In Nursing, Volume 35, number 2, March/April 2004.
4. Makert JM. 2002. "Adventures in Nursing Aboard a Cruise Ship". Nursing Forum 37(2): 33-36.
5. Hatipoğlu S. 2011. "Selimiye'den Geleceğe Notlar". H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 103-111.
6. Torun S. 2014. Kırım Savaşı'nda Hasta Bakımı ve Hemşirelik. Akademisyen Kitabevi.
7. Anameriç, H. 2010. "Türk Kızılayı'nın Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti Savaş Eserlerine Kitap Ve Kütüphane Hizmetleri 1912-1922". Erdem Dergisi, 58: 19-44.
8. Sarnocky, M. T., Cox, D. R. 2001. "A Century Of Heroism 1901-2001" Army, 51: 58-64.
9. Özdemir H. 2005. Salgın Hastalıklardan Ölümler 1914-1918, Atatürk Kültür ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Tarih Kurumu Yayınları XVI. Dizi - sayı 104, Ankara.
10. Baltacı, T. 2010. "Hemşirelik Mesleğinin Dünü Bugünü". Sağlık ve Yaşam 19 Mayıs Üniversitesi Dergisi, 32: 8.
11. Ökdem Ş., Abbasoğlu A., Doğan N. 2000. "Hemşirelik Tarihi Eğitimi ve Gelişimi". Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek yüksekokulu yıllığı cilt 1 sayı 1, 5-11.
12. Şentürk E. S. 2011. Hemşirelik Tarihi, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 73-75.
13. Deniz Kuvvetleri Komutanlığı Genel Sekreterliği. 2004. Deniz Kuvvetleri Dergisi EK SAYI 590: 2-15.
14. Güngör İ., Rathfisch G., Beji N. K. 2013. "Kadın Sağlığı Hemşirelerinin Rol Yetki ve Sorumluluklarının Uluslararası Düzeyde İrdelenmesi" F.N. Hem. Derg Cilt 21 - Sayı 1: 49-56.
15. <http://www.gata.edu.tr/Hyo/Tarihce> Erişim Tarihi: 04.08.2016.
16. Egenes, K. J. 2009. History of Nursing. Roux G., Halstead A. J Ed. Issues and Trends in Nursing: Essential Knowledge for Today and Tomorrow. p.15-17. Jones and Barlett Publishers. comprehensive online resources available <http://nursing.jbpub.com>.
17. Hatipoğlu F.S. 1985. "Askeri Hemşirelik". Türk Hemşireler Dergisi, Cilt:35,sayı 4,1985.s 39-40.
18. Westphal R. 2003. "Remember The Maine! Remember The Men! American Journal of Nursing 103(5): 21.
19. Brantley M. 2003. From the USNS Comfort, American Journal of Nursing 103 6: 100-103.

Anne-Bebek Bağlanmasında Kanıta Dayalı Uygulamalar

Evidence-Based Applications in Mother-Infant Attachment

Rukiye HÖBEK AKARSU¹, Birgül TUNCA², Selda YÜZER ALSAÇ³

ÖZET

Anne-bebek bağlanması gebelik döneminden başlayıp doğum sonu dönemde devam eden bir süreçtir. Ebeveynin fetüse ve yeni doğana bağlılığı birçok faktörden etkilenmektedir. Doğum öncesi ve sonrası anne-bebek arasındaki bağlılık bebeğin yaşamını fiziksel, ruhsal ve duygusal olarak sağlıklı sürdürmesinde oldukça önemlidir. Bu nedenle bağlanma bebeğin psikolojik gelişimi ve dış dünya ile kurduğu ilişki açısından, temel süreçlerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle ebeler ve kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin doğum öncesi ve doğum sonrası bakım esnasında anne-bebek bağlanmasını değerlendirmesi ve bağlanma bozukluğunu tespit ederek uygun girişimlerde ve bağlanmanın artırılması için kullanılan kanıta dayalı uygulamalar hakkında bireyleri bilgilendirmeleri önemlidir.

Anne-bebek bağlanmasında, en kısa sürede emzirmeye başlanması, anne ile bebeğin aynı odada kalması, kanguru bakımı, anne-bebek masajı, yoga ve meditasyon, sosyal destek uygulamalarından yararlanılabilmektedir. Bu derlemede anne-bebek bağlanmasına yönelik bu uygulamaların kanıtları tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Anne-bebek bağlanması, Kanıta dayalı uygulamalar, Hemşirelik.

ABSTRACT

Mother-infant attachment is a process that starts from the gestation period and continues in the postpartum period. Parents' attachment to the fetus and newborn is influenced by many factors. Antenatal and postnatal mother-infant attachment plays a very important role in maintaining the baby's physical, mental and emotional health. Therefore, attachment is regarded as one of the basic processes in terms of the psychological development of the baby and the relationship the baby has established with the outside world. Therefore, it is important for nurses to evaluate mother-infant attachment during antenatal and postnatal care and to inform individuals about the evidence-based practices used to increase attachment by detecting attachment failure.

In the establishment of mother-infant attachment, such techniques as starting breastfeeding as soon as possible, having mother and baby stay in the same room, yoga and meditation and social support applications are utilized. In this review, evidence-based applications used in mother-infant attachment will be discussed.

Keywords: Mother-infant attachment, Evidence-based applications, Nursing.

¹Yrd. Doç. Dr. Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yozgat

²Arş. Gör. Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yozgat

³Yrd. Doç. Dr. Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yozgat

GİRİŞ VE AMAÇ

Bağlanma, yaşam için gerekli olan duygusal-etkileşimsel ilişki yapısı olup birçok karmaşık faktörden etkilenen ve süreklilik gösteren bir süreçtir. Ebeveyn-bebek bağlanması genellikle gebeliğin planlandığı dönemde, gebelik döneminde ve hatta yüksek riskli gebeliklerde bile başlar. Maternal bağlanma; gebenin vücudu değiştikçe, uterus büyüdükçe ve fetal hareketleri hissettikçe artarak güçlenir. Annenin ilgisi genellikle bebeğe ve onun sağlığına yönelir, böylece anne ile fetüs arasında bağlilik gelişir. Anne ile fetüs arasında bağlanmanın olduğu, bebeğini doğum esnasında kaybeden annelerin yaşadığı yoğun yas sürecinin gözlenmesi sonucu ortaya konulmuştur.¹⁻³

Kadınların gebelik sürecinde annelik rolünü benimsemesi, postpartum dönemde anne ile bebek arasındaki bağın oluşmasında oldukça önemlidir. Kadınlar gebeliklerinde ikinci trimesterin başlangıcına kadar, bebeğin zihinsel bir resmini oluştururlar. Gebeler kendileri için çok önemli ve değerli bir şeye sahip olduklarını düşünürler ve bu durum onlar için mutluluk ve gurur verici olur. Fetüs doğmadan önce ayrı olarak hissedilir ve doğum öncesi bir kişilikle donatılır.⁴ Gebelik ilerledikçe kadın, fetüsü kendi bedeninden farklı olarak bir birey olduğunu algılayarak fetüs ile etkileşime girer ve fetüs hem annenin bir parçası hem de yeni bir birey olarak sevilir hale gelir. Bununla birlikte annelerin çoğu, henüz doğmamış bebekleriyle konuşurlar.³

Ebeveynin fetüse ve yenidoğana bağlılığı duygusal olgunluk, gebelik için istekli olma, gebeliğin istenilen zamanda olması, gebelik sürecinde var olan korkular, yakınları ile ilişkilerinin durumu, fizyolojik ve psikolojik streslerle baş etme yeterliliği, ebeveynliğe ilişkin benlik kavramı, emzirme için istekli olma durumu ve yenidoğanı bakıp büyütme deneyimi gibi birçok faktörden etkilendiği belirtilmektedir.^{1,5} İstenen bir gebelik olmaması, gebeliğe ve doğuma ilişkin korku yaşanması, gebeliğe bağlı fizyolojik ve psikolojik streslerle başa çıkmada zorluk

çekilmesi ve erken dönemde yenidoğanla birliktelikte geç kalınması gebenin bebeğiyle güçlü bir bağ kurmasını güçleştiren durumlardandır.^{6,7}

Zayıf anne bebek bağlanmasının fetüsten rahatsızlık duyma, fetal istismar, anksiyete, depresyon, duygu durum bozuklukları ileriki dönemlerde ise çocuk istismarı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.⁸ Annenin gösterdiği olumsuz maternal bağlanma davranışları, bebekte beslenme bozukluğu, büyüme-gelişme yetersizliği, huzursuzluk, ağlama, uyku bozukluğu gibi çeşitli sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir.⁹

Güçlü anne bebek bağlanmasının gebelik sırasında tütün-alkol kullanmama, doğum öncesi bakım alma, sağlıklı beslenme ve uyku alışkanlıkları, yeterli egzersiz yapma gibi sağlık uygulamalarına motive ettiği, ebeveynlik rolüne uyumu kolaylaştırdığı, gebelik dönemi ve doğum sonrası depresyona karşı koruyucu bir işlev gördüğü belirtilmektedir.^{8,10} Bu nedenle ebelerin ve kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin doğum öncesi bakım esnasında anne bebek bağlanmasını değerlendirmesi ve bağlanma bozukluğunu tespit ederek uygun girişimlerde bulunması önemlidir.³

Anne ile bebek arasında güçlü bir bağın gelişmesi gereksinimlerinin karşılanmasında anneye bağımlı olan bebeğin kaliteli bir bakım alması için gereklidir. Anne-bebek bağının oluşmasında, en kısa sürede emzirmeye başlanması, anne ile bebeğin aynı odada kalması, kanguru bakımı, bebek masajı, yoga ve meditasyon, sosyal destek alma uygulamalarından yararlanılabilmektedir.¹¹

Bu bilgiler doğrultusunda, ebelerin ve kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin zayıf anne-bebek bağlanması ve bağlanma bozukluğu olan annelerin anne-bebek bağlanmasının güçlendirilmesinde etkili olan uygulamalar hakkında anneleri bilgilendirmeleri ve kendilerine uygun uygulamalara teşvik etmeleri önemlidir. Bu derlemede anne-bebek bağlanmasının

arttırılmasında etkili olan kanıta dayalı uygulamaları açıklamak amaçlanmaktadır.

Kanguru Bakımı / Ten Tene Temas

Kanguru bakımı, bebeğin vücut sıcaklığının dengelenmesi, sakinleşmesi için bebeğin anne ile ten tene temasının sağlandığı bir yöntemdir. Ayrıca anne-bebek arasındaki adaptasyonu kolaylaştırdığı için, kanguru bakımı ile anne-bebek bağlanmasının erken dönemde başlatılması ve teşvik edilmesi gerekmektedir.^{12,13}

Yapılan bir sistematik derlemede; erken dönemde uygulanan ten tene temasının anne bebek etkileşimini arttırdığı belirlenmiştir.¹⁴ Sook ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada kanguru bakımının prematüre bebeklerin fizyolojik işlevlerini dengelemek, annelerle bebekleri arasındaki duygusal bağ ve desteği arttırmak için kullanılabileceği saptanmıştır.¹⁵ Yapılan başka bir çalışmada ise; yeni doğum yapmış annelere uygulanan kanguru bakımının doğum sonu anne bebek bağlanmasını arttırdığı belirlenmiştir.¹⁶ Özel bir malzeme ve maliyet gerektirmeyen kanguru bakımı, birçok ülkede kullanılmakla birlikte anneler ve sağlık personeli tarafından kabul gören bir uygulamadır.¹³

Türkiye’de halen kanguru bakımı yaygın olarak kullanılmamaktadır. Ülkemizde Çalık ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, yenidoğan yoğun bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin az sayıda personel ile çalışıyor olmaları, fiziki ortamlarının uygun olmaması ve fazla iş yükü nedeniyle kanguru bakımı yapamadıkları ancak kanguru bakımını olumlu bulup destekledikleri ifade edilmektedir.¹⁷ Yine aynı çalışmada yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde kanguru bakımının uygulanabilmesi için hastanenin fiziki şartlarının düzeltilmesi, hemşire sayısının artırılması ve bebeklerin bireysel ihtiyaçlarına uygun protokollerin geliştirilmesi ile kanguru bakımını arttıracığı belirtilmektedir.¹⁷

Yoga ve Meditasyon

Yoga ve meditasyon Batı’da genellikle zihinsel ve fiziksel bir egzersiz sistemi olarak uygulanmakta ve rahatlamaya sebep

olmaktadır. Kişinin inancı ne olursa olsun herkes tarafından uygulanabilmektedir.¹⁸ Yoga ve meditasyon uygulamaları annenin bedeninde meydana gelen değişimlere uyum sağlamasına, meditasyon sırasında karnına dokunarak bebeğiyle ruhsal olarak iletişime geçmesine dolayısıyla yaşanan fizyolojik ve psikolojik stresörlerle başa çıkabilmesine, anne-bebek bağlanmasına katkı sağlayabilir. Ayrıca yoganın gebeye kazandırdığı pozitif bakış açısı, duygusal olarak iyi hissetmeyi ve genel anlamda sağlıklı olma hissi sağlar. Yoganın gebe üzerindeki olumlu psikolojik etkisi, bebeğin sağlıklı gelişimine de katkıda bulunarak anne ve bebeğin iletişim ve birlikteliğini güçlendirir.¹⁹⁻²¹

Yapılan bir çalışmada prenatal yoga programının anne-bebek bağlanmasını arttırdığı ifade edilmektedir.²² Akarsu ve Ratfish’in çalışmasında da 6 haftalık prenatal yoga programının prenatal bağlanmayı arttırdığı belirlenmiştir.²³

Bu nedenle yoganın doğum sonu dönemde annenin yaşadığı stresi azaltmasına katkısından dolayı anne-bebek bağlanmasını arttırabileceği düşünülebilir.

Sosyal Destek

Sosyal destek, hayatın tüm dönemlerinde, gereksinim duyan bireye destek olabilecek kişiler arası ilişkiler olarak tanımlanabilir. Ayrıca bireye yardım sağlayan güven duyabileceği, sırlarını paylaşabileceği ve birey açısından önemli olan birileriyle kurduğu yakın ilişkiler de sosyal desteği oluşturur.^{24,25}

Sosyal destek doğum öncesi ve sonrası dönemde bebek bağlanmasının sürdürülmesinde ve arttırılmasında büyük önem taşımaktadır. Ebeler ve kadın sağlığı alanında çalışan hemşireler doğum öncesi ve sonrası dönemde danışmanlık rollerini kullanarak bireylere sosyal destek sağlayabilirler.²⁴

Gebelikte gebenin yakınları tarafından sağlanan sosyal destek, gebelerin bilişsel ve duygusal olarak rahatlatmalarına, stres ve kaygı ile baş etme mekanizmalarını desteklemekle birlikte annelik rolüne geçişi

kolaylaştırdığı belirtilmektedir. Bu nedenlerden dolayı gebelikte sosyal desteğin anne-bebek bağlanması artırabileceği düşünülebilir.^{26,27}

Yapılan bir çalışmada, gebelikte yeterli sosyal desteğin kaygı ve depresyon sıklığını azalttığı, prenatal ve postnatal dönemde bebek ve anneyi olumlu yönde etkilediği bulunmuştur.²⁸ Alan ve Ege'nin yapmış oldukları çalışmada postnatal dönemde algılanan sosyal destek ile anne-bebek bağlanması arasında önemli bir ilişki olduğu, annelerin sosyal destekleri arttıkça maternal bağlanmanın arttığı belirlenmiştir.²⁹

Dokunma ve Masaj

Yenidoğanın ilk iletişim aracı olan dokunma çevresi ile ilişki kurabilmek için faydalanabileceği en gelişmiş duyusudur. Özellikle yenidoğan ve daha sonrası dönemlerde çocuğun çevresini algılamasında dokunma çok önemlidir. Dokunma duygusu alın, dil, dudak, kulak ile birlikte yenidoğanın vücudunun tümünde çok iyi gelişmiştir.¹¹ Bebek için dış dünyayı algılamada çok önemli olan dokunma, görme ve işitmeden önce gelmektedir.³⁰ Bebek dokunulduğunda, okşandığında ve kucağa alındığında bebeğin çevresiyle iletişimi dokunma duygusu aracılığıyla başlatılır ve psiko-sosyal gelişimi desteklenmiş olur.^{31,32}

Anne bebek bağlanmasının geliştirilmesinde en etkili ve en doğal dokunma yöntemlerinden birisi de masajdır. Dokunma ve masaj, bebeğin vücut temasını

sürdürerek bebekte güven duygusunu güçlendirmenin ve annenin bağlanma davranışını geliştirmenin yanısıra emzirme başarısını da desteklemektedir.³³

Yapılan çalışmalarda bebek masajının anne bebek iletişimini güçlendirdiği, bebeğin serotonin düzeyini artırdığı, stres hormon düzeylerini azalttığı, bebeğin uykusunu düzenlediği, motor gelişimini ve koordinasyonu artırdığı belirlenmiştir.³⁴⁻³⁶

Bu nedenle doğum sonu dönemde ebelerin ve bu alanda çalışan hemşirelerin dokunma duyusunun etkilerini ortaya çıkarmada anneyi teşvik etmeleri önemlidir.

Odanın Paylaşımı ve Emzirmenin Desteklenmesi

Doğumdan sonra anne ve bebeğin iletişimlerinin başlaması ve sürdürülmesinde aynı odayı paylaşmaları son derece önemlidir. Emzirmeyi desteklemede en büyük avantaj anne ile bebeğin aynı odada kalmasıdır.³⁷ Emzirme, bebek ile annenin çok yakın temasta olmasını sağladığı için anne bebek bağlanmasını arttırmaktadır.¹¹ Erken dönemde emzirmek ve emzirirken mümkün olduğunca göz teması kurmak, oksitosin salınımını artırarak anne ve bebek arasındaki iletişimi güçlendirmektedir.³² Emzirmenin desteklenmesi ile birlikte, ebeveyn ile bebeğin oda paylaşımı anne bebek bağlanmasını, emzirme sıklığını ve anne sütü miktarını artırdığı yapılan çalışmalarda belirtilmiştir.^{37,38}

SONUÇ VE ÖNERİLER

Anne-bebek bağlanması gebelik sürecinde ve doğumdan sonra erken dönemde ele alınması gereken önemli bir etkileşim sürecidir.

Çalışmalar emzirmeye zamanında başlama, anne ile bebeğin aynı odada kalması, kanguru bakımı, bebek masajı, yoga-meditasyon ve sosyal destek alma

girişimlerinin anne-bebek bağlanmasında önemli rol oynadığını göstermektedir.

Dolayısıyla ebelerin ve kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin bu uygulamalara kliniklerde yer verebilmesi için, kurum protokollerini geliştirmeleri, ünitenin fiziksel koşullarını düzenlemeleri, sağlık personelini ve anneleri konu ile ilgili bilgilendirmeleri önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Gilbert, E.S., Harmon, J.S. (2002). "Yüksek riskli gebelik ve doğum". Taşkın L., çeviri editörü. *Gebeliğin kaybı perinatal yas*. Ankara: Palme Yayıncılık: s. 133-70.
2. Çalık, K.Y., Aktaş, S. (2011). "Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi". *Psikiyatrik Güncel Yaklaşımlar [Current Approaches in Psychiatry]*, 3: 142-62.
3. Yılmaz, S.D. (2013). "Prenatal anne-bebek bağlanması". *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(3): 28-33.
4. Kuğu, N., Akyüz, G. (2001). "Gebelikte ruhsal durum". *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(1): 61-64.
5. Yılmaz, S.D., Beji, N.K. (2010). "Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler". *Genel Tıp Dergisi*, 20(3): 99-108.
6. Scharfe, E. (2012). "Maternal attachment representations and initiation and duration of breast feeding". *Journal of Human Lactation*, 28(2): 218-25.
7. Himani, B.K., Kumar, P. (2011). "Effect of initiation of breastfeeding within one hour of the delivery on maternal- infant bonding". *Nursing and Midwifery Research Journal*, 7(3): 99-109.
8. Brandon, A.R., Pitts, S., Denton, W.H., Stringer, C.A., Evans, H.M. (2009). "A history of the theory of prenatal attachment". *J Prenat Perinat Psychol Health*, 23(4): 201-22.
9. İşler, A. (2007). "Prematüre bebeklerde anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında yenidoğan hemşirelerinin rolü". *Perinatoloji Dergisi*, 15(1): 1-6.
10. Lindgren, K. (2001). "Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and helath practices in pregnancy". *Research in Nursing & Health*, 24: 203-17.
11. Güleşen, A., Yıldız, D. (2013). "Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıtı dayalı uygulamalar ile incelenmesi". *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(2), 177-82.
12. Köse, D., Çınar, N., Altınkaynak, S. (2013). "Yenidoğanın anne ve baba ile bağlanma süreci". *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 22(6): 239-45.
13. Nirmala, P., Rekha, S., Washington, M. (2006). "Kangaroo mother care: effect and perception of mothers and health personel". *Journal of Neonatal Nursing*, 12(5): 177- 84.
14. Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N. (2007). "Early skinto-skin contact for mothers and their healthy newborn infants". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2.
15. Cho, E.S., Kim, S.J., Kwon, M.S., Cho, H., Kim, E.H., Jun, E.M., Lee, S. (2016). "The effects of kangaroo care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, maternal-infant attachment, and maternal stres". *Journal of Pediatric Nursing*, 31(4): 430-38.
16. Ahn, H.Y., Lee, J., Shin, H.J. (2010). "Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachmentand post-partum depression in South Korea". *Journal of Tropical Pediatrics*: 56(5): 342-44.
17. Çalık, C., Esenay, I.F., Sezer, T.A.(2015). "Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kanguru bakımı uygulama durumları ve engeller". *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 17(1): 1-9.
18. Land, A. (2003). "*Hamilelikte Yoga*". İstanbul: Melisa Matbaacılık: 10.
19. Satyapriya, M., Nagarathna, R., Padmalatha, V., Nagendra, H.R. (2013). "Effect of integrated yoga on anxiety, depression well being in normal pregnancy". *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19: 230-36.
20. Nagendra, H.R., Nagarathna, R., Gürelman, A. (2014). "*Hamilelik ve Yoga*". İstanbul: Purnam Yayınları.
21. Impett, E.A., Daubenmier, J.J., Hirschman, A.L. (2006). "Minding the body: yoga, embodiment, and well-being". *Sexuality Research and Social Policy*, 3(4): 39-48.
22. Williams, A.N. (2015). "The impact of mindfulness-based prenatal yoga on maternal attachment". PhD Thesis. California State University, Stanislaus.
23. Akarsu, R.H. (2016). "Gebelik yogasının gebenin psikososyal sağlık düzeyi ve prentanal bağlanmaya etkisi. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
24. Ardahan, M. (2006). "Sosyal destek ve hemşirelik". *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2): 68-74.
25. Yıldırım, İ. (1997). "Algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği". *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13: 81-87.
26. Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, M.K. et al. (2007). "Social support during pregnancy: effects onmaternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome". *Human reproduction*, 22(3): 869-77.
27. Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., Brender, W. (1999). "Variations in stresslevels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stres". *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6): 609-21.
28. Vırt, O., Akbaş, E., Savaş, H.A., Sertaş, G., Kandemir, H. (2008). "Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi". *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45(1): 9-13.
29. Alan, H., Ege, E. (2013). "The influence of social support on maternal-infant attachment in Turkish Society". *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 16 (4): 234-40.
30. Gürol, A. (2010). "Bebek masajının anne bebek bağlanması ve emzirme başarısına etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
31. Uzuner, Y.Y. (1998). "Dokunmanın Önemi". *Hemşirelik Forumu*, 1(6): 245-255.
32. Köse, D., Çınar, N., Altınkaynak, S. (2013). "Yenidoğanın anne ve baba ile bağlanma süreci". *Merhaba*, 22(6): 239-245.
33. Yeğen, B., Egemen, A. "Dokunmanın önemi ve bebek masajı. <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0200/02001.html> erişim tarihi: 16.02.2017
34. Diego, M.A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., Ascencio, A., Begert, G. (2007). "Preterm Infant Massage Elicits Consistent Increases in Vagal Activity and Gastric Motility That are Associated with Greater Weight Gain". *Acta Peadiatrica*, 96: 1588-1591.
35. Hernandez-Reif, M., Diego, M., Field, T. (2007). "Preterm Infants Show Reduced Stress Behaviors and Activity after 5 days of Massage Therapy. *Infant Behav Dev*, 30(4): 557-561.
36. Kelmanson, I.A., Adulas, E.I. (2006). "Massage Therapy and Sleep Behaviour in Infants Born With Low Birth Weight. *Compl Ther Clin Pract*, 12: 200-205.
37. Çınar, N., Sözeri, C., Dede, C., Cevahir, R. (2010). "Anne ve bebeğin aynı odada uyumasının emzirmeye etkisi". *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*.
38. Blair, P.S., Ball, H.L. (2004). "The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England". *Archives of Disease in Childhood*, 89: 1106-10.

Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemede Güncel Yaklaşımlar ve Hemşirelere Yönelik Önleme Girişimleri Algoritması

Contemporary Approach To Preventing Surgical Site Infection And Algorithm For Preventive Interventions For Nurses

Nevra KALKAN¹, Mevlude KARADAĞ²

ÖZET

Cerrahi Alan Enfeksiyonu (CAE) cerrahi bir girişimi takiben veya cerrahi girişime bağlı gelişen ve ameliyatı izleyen 30 veya 90 gün içinde meydana gelen enfeksiyondur. Günümüzde enfeksiyon kontrolünde, ameliyathane ventilasyonunda, sterilizasyon yöntemlerinde, cerrahi tekniklerde ve antimikrobiyal profilakside ilerlemelere rağmen, CAE önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biri olup; ameliyat sonrası hastaların daha fazla antibiyotik almasına, tedavi maliyetinin ve hastanede kalma süresinin artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle CAE gelişmesini önlemek önemli hemşirelik girişimlerinden biridir. Cerrahi kliniklerde ve ameliyathanede çalışan hemşirelerin, enfeksiyonları önleme girişimlerini doğru ve hızlı şekilde karar vererek yapması gerekmektedir. Hemşirelerin karar vermesini destekleyen, yeni ve doğru bilgilerden oluşturulan, kanıtlara ve kurallara dayalı hazırlanan algoritmalar karar destek sistemleri içinde yer almaktadır. Bu çalışmada, son güncellemeler ışığında CAE ile ilgili kanıt düzeyi yüksek çalışmaların incelenmesi ve hemşirelerin karar vermelerini destekleyen CAE önleme girişimleri algoritmasının literatüre kazandırılması amaçlanmıştır. CDC 1999 ve 2013 rehberlerine göre hazırlanan algoritma oluşturulurken, önlemeye yönelik girişimler; ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönem olarak üç gruba ayrılmış, hemşirelerin yapması gereken girişimler sıralanarak gösterilmiştir. Algoritmadaki önerilere katkı sağlamak amacıyla yapılan literatür taramasında ise, 2005-2016 tarihleri arasında yayınlanmış olan toplam 122 çalışma incelenmiş, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun 15 çalışmanın sonuçlarına yer verilmiştir. Sonuç olarak, CAE önlemek amacıyla hemşirelerin perioperatif dönemde hızlı ve doğru karar vermeleri ve girişimlerini uygulamaları önemlidir. Bu nedenle güncel bilgilerin takip edilmesi, önleme girişimlerine uyumun artırılması, hızlı ve doğru karar verilmesi ve rehber olması nedeniyle hemşirelik girişimlerine yönelik algoritmaların artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi alan enfeksiyonları, Önleme girişimleri, Algoritma.

ABSTRACT

Surgical site infection (SSI) is defined as an infection occurring 30 to 90 days following or in association with a surgical intervention. Despite the advances in infection control measures, ventilation techniques in the operating room, sterilization methods, surgical techniques and antimicrobial prophylaxis, SSI remains as an important cause of morbidity and mortality resulting in higher consumption of antibiotics following surgery, increased treatment costs, and longer hospital stay. Therefore, prevention of SSIs is one of the important nursing interventions. Nurses working in the surgical clinics and operating rooms should practice infection prevention interventions with accurate and prompt decision. Algorithms that are developed from new and accurate information based on evidences and rules supporting decision-making process of the nurses should be included in decision support systems. The aim of the present study is to review studies on SSIs with high evidence level in the light of the latest updates and to introduce an algorithm to the literature aiming to prevent SSI and supporting nurses in clinical decision-making process. The algorithm established by the CDC according to the guidelines in 1999 and 2013 has divided SSI prevention interventions into three groups as preoperative, perioperative and postoperative periods, and interventions to be performed by the nurses have been specified. A total of 122 studies published between in 2005 and 2016 have been reviewed in the literature research in an attempt to contribute to the suggestions in the algorithm and the results of 15 studies meeting inclusion criteria were included in the analysis. In conclusion, prompt and accurate decisions and interventions made by the nurses in the perioperative period are essential to prevent SSIs. The algorithms targeting the practice of nurses must be expanded to follow contemporary data in the literature, increase compliance to preventive interventions, ensure prompt and accurate decisions, and serve as a guide for nurses.

Keywords: Surgical site infection, Preventive intervention, Algorithm.

*Bu çalışma 13-17 Nisan 2016 tarihinde Antalya'da düzenlenen 15. Ulusal Cerrahi Hemşireliği Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹Arş. Gör., Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Doç. Dr., Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Cerrahi Alan Enfeksiyonu (CAE) asepsi ve antisepsi uygulamalarında, sterilizasyon yöntemlerinde, ameliyathane ventilasyonunda, cerrahi tekniklerde ve uygun antibiyotik profilaksisinde ilerlemelere rağmen, cerrahinin önemli bir sorunu olmaya devam etmektedir. Bu durum, ameliyat sonrası hastaların daha fazla antibiyotik kullanmasına, tedavi maliyetinin ve hastanede kalma süresinin artmasına neden olmaktadır.^{1,2} Yapılan cerrahi girişime göre değişmekle birlikte ameliyat olan hastalarda %2-3 ve %12-15 arasında CAE geliştiği bilinmektedir.³ ABD'de 2010 yılında yaklaşık 16 milyon cerrahi girişim gerçekleştirildiği ve cerrahi girişimlerden sonra meydana gelen sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlar arasında CAE'nun en yaygın olduğu belirtilmektedir.^{4,5}

CDC-NHSN (CDC:The Centers for Disease Control and Prevention-Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri, NHSN:National Health Care Safety Network-Ulusal Sağlık Güvenliği Ağı) tarafından 2013 yılında güncellenen yeni tanıma göre CAE, cerrahi bir girişimi takiben veya cerrahi girişime bağlı olarak gelişen ve ameliyatı izleyen 30 veya 90 gün içinde meydana gelen enfeksiyondur.^{6,7} CAE yüzeysel insizyonel, derin insizyonel ve organ/boşluk CAE olarak tanımlama kriterleri ile belirlenmiştir. Yüzeysel insizyonel CAE cerrahi girişimden sonraki 30 gün içinde

gelişir ve sadece insizyon bölgesindeki deri ve subkutan dokuları içerir. Derin insizyonel CAE implant yoksa cerrahiden sonraki 30 gün içinde gelişir veya implant konmuşsa 1 yıl içinde gelişebilir ifadesi değiştirilmiş ve 30 veya 90 gün sonra gelişen ve derin yumuşak dokuları, (fasia ve kas tabakaları) içeren enfeksiyonlar olarak tanımlanmıştır. Organ/boşluk CAE ise, implant yoksa cerrahiden sonraki 30 gün içinde gelişir veya implant konmuşsa 1 yıl içinde gelişebilir ifadesi değiştirilmiş ve NHSN cerrahi prosedürlerinden 30 veya 90 gün sonra gelişen enfeksiyonlar olarak tanımlanmıştır. Ameliyat sırasında açılan cilt insizyon, fasia ya da kas tabakaları dışında kalan herhangi bir vücut bölümünü ilgilendiren enfeksiyonlar organ/boşluk CAE'dur.^{6,8} Çoğu CAE'nun cerrahi sırasında hastanın kendi vücudundan mikroorganizma ile kontaminasyon sonucu meydana geldiği ve mikroorganizma ile hastanın bağışıklık sistemi arasındaki dengenin enfeksiyon ajanı lehine bozulması sonucu geliştiği belirtilmektedir.^{9,10}

Bu çalışmada, son güncellemeler ışığında CAE ile ilgili kanıt düzeyi yüksek çalışmalar incelenmiş ve hemşirelik bakımına katkı sağlaması amacıyla; karar vermeyi destekleyen, doğru ve güncel bilgilerden oluşan ve kanıtlara dayalı CAE'larını önleme girişimleri algoritmasının literatüre kazandırılması amaçlanmıştır.

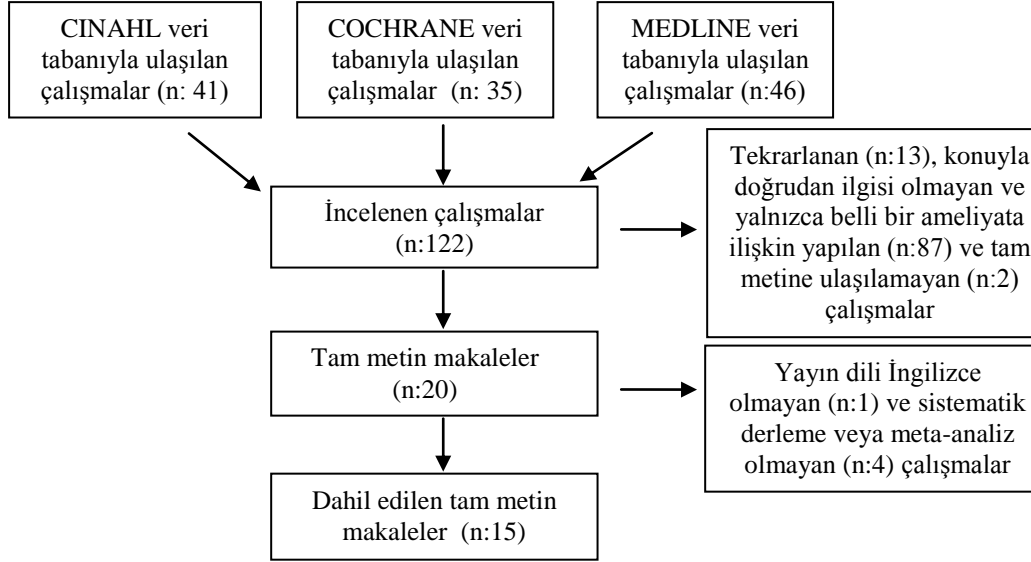
MATERYAL VE METOT

Algoritma oluşturulurken, CDC 1999 ve 2013 rehberlerinden yararlanılmıştır. CAE'larını önlemeye yönelik girişimler; ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönem olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Hemşirelerin yapması gereken girişimler sıralanarak gösterilmiştir. Her bir öneri CDC 1999 rehberinde belirtildiği şekilde literatür desteği, teorik alt yapı ve uygulanabilirlik açısından değerlendirilerek kategorilere ayrılmıştır. Buna göre kanıt düzeyleri; Kategori 1A deneysel, klinik veya epidemiyolojik çalışmalarla desteklenmiş

uygulanması kesinlikle önerilen; Kategori 1B bazı deneysel, klinik veya epidemiyolojik çalışmalarla ve teorik bilgilerle desteklenmiş, uygulanması kesinlikle önerilen; Kategori II anlamlı klinik veya epidemiyolojik çalışmalar ve teorik bilgilerle desteklenen ve uygulanması önerilen; Öneri yok/çözümlememiş sorun ise yetersiz delil varlığı veya etkinliği konusunda konsensüs oluşturulamayan olarak belirtilmektedir.¹ Algoritmanın bu doğrultuda incelenmesi önerilmektedir.

Algoritmadaki önerilere katkı sağlamak amacıyla yapılan literatür derlemesinde ise, 28 Kasım-1 Aralık 2016 tarihleri arasında MEDLINE, CINAHL ve COCHRANE elektronik veri tabanlarında 2005-2016 yılları arasında yapılan çalışmalar "surgical site infection", "systematic review" ve "meta analysis" anahtar kelimeleri kullanılarak

taranmış, toplam 122 çalışmaya ulaşılmıştır. Araştırmalar listelenmiş, tüm araştırmaların başlık ve özetleri araştırmacılar tarafından incelenmiş ve dahil edilme kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Yazım dili İngilizce olan, tam metin ulaşılabilen, sistematik derleme ve meta-analiz çalışmaları araştırmaya dahil edilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1: Çalışmanın Akış Şeması

BULGULAR VE TARTIŞMA

CAE gelişmesini önlemek cerrahi klinik ve ameliyathanelerde çalışan hemşirelerin en önemli sorumluluklarından biridir. Hemşirelerin enfeksiyonları önleme girişimlerini doğru ve hızlı bir şekilde karar vererek yapması ve kaliteli hemşirelik bakımını sağlamak için kanıta dayalı önerileri bilmesi oldukça önemlidir.¹ Bununla birlikte hemşirelerin CAE'nu önlemeye ilişkin rehberlere tutumunun istenilen düzeyde olmadığı belirtilmektedir.^{2,3} Bu anlamda hemşirelerin karar vermesini destekleyen, yeni ve doğru bilgilerden oluşturulan, kanıtlara ve kurallara dayalı hazırlanan algoritmaların karar destek sistemleri içinde yer alması ve hemşirelerin kullanımına sunulmasının oldukça yarar sağlayacağı düşünülmektedir. "Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önleme Girişimleri Algoritması" cerrahi klinik ve ameliyathanelerde çalışan hemşirelerin klinik karar vermesini desteklemek amacıyla

hazırlanmıştır (Şekil 2). Yapılan literatür taraması sonucu elde edilen sistematik derleme ve meta-analizlerin bulgularına Tablo 1'de yer verilmiştir.

CAE'larından korunmak için risk faktörlerinin bilinmesi ve ameliyat öncesi, sırası ve sonrası uygun ve doğru önlemlerin alınması gerekmektedir.^{9,11}

Ameliyat öncesi dönem önleme girişimleri olarak öncelikle hastaya ait risk faktörlerinin kontrol altına alınması gerekmektedir. Elektif ameliyatlardan önce mevcut enfeksiyon belirlenmeli ve tedavi olana kadar ameliyat ertelenmelidir (Kategori 1A).¹ Risk faktörlerinden biri olan ileri yaşa bağlı immün fonksiyonlarda ve antikor cevapta azalma görülür. Yara iyileşmesi gecikir ve enfeksiyon riski artar.¹² Bir diğer risk faktörü olan steroid kullanımı immünsupresif yan etkisi nedeniyle CAE gelişimi için hazırlayıcı faktör olmakla birlikte halen çözüm bekleyen bir konudur. Ameliyat öncesi ilacın

Tablo 1. İncelenen çalışmalar, yılı, yazarları, yöntemleri ve örneklem sayıları

Çalışmanın adı/yılı/yazarları	Yöntem	Örneklem sayısı
1. Effectiveness of local vancomycin powder to decrease surgical site infections: a meta-analysis Chiang, H., Herwaldt, L.A., Blevins, A.E., Cho, E., Schweizer, M.L., 2014	Meta-analiz	n:5,888
2. Preoperative antiseptic skin preparations and reducing ssi Maqbali, A., Abdullah, M., 2013	Sistemik derleme	n:1,692
3. Searching for evidence regarding using preoperative disinfection showers to prevent surgical site infections: a systematic review Jakobsson, J., Perlkvist, A., Wann-Hansson, C., 2011	Sistemik derleme	n:7,351
4. A Systematic Review of Systematic Reviews and Panoramic Meta-Analysis: Staples versus Sutures for Surgical Procedures Hemming, K., Pinkney, T., Futaba, K., Pennant, M., Morton, D.G., Lilford, R.J., 2013	Sistemik derleme ve Meta-analiz	n:13,661
5. Systematic review and meta-analysis of triclosan-coated sutures for the prevention of surgical-site infection. Wang, Z.X., Jiang, C.P., Cao, Y., Ding, Y.T., 2013	Sistemik derleme ve Meta-analiz	n:3,720
6. Systematic review and meta-analysis of preoperative antiseptics with chlorhexidine versus povidone-iodine in clean-contaminated surgery. Noorani, A., Robey, N., Walsh, S.R., Davies, R.J., 2010	Sistemik derleme ve Meta-analiz	n:5,031
7. Topical antibiotics for preventing surgical site infection in wounds healing by primary intention Heal, C.F., Banks, J.L., Lepper, P.D., Kontopantelis, E., Driel, M.L., 2016	Sistemik derleme	n:6,466
8. Use of plastic adhesive drapes during surgery for preventing surgical site infection (Review) Webster, J., Alghamdi, A., 2015	Sistemik derleme	n:4,195
9. Peri-operative glycaemic control regimens for preventing surgical site infections in adults Kao, L.S., Meeks, D., Moyer, V.A., Lally, K.P., 2009	Sistemik derleme	n:773
10. Preoperative bathing and showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection Webster, J., Osborne, S., 2015	Sistemik derleme	n:10,157
11. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection Tanner, J., Norrie, P., Melen, K., 2011	Sistemik derleme	n:3,838
12. Dressing for the prevention of surgical site infection Dumville, J.C., Gray, T.A., Walter, C.J., Sharp, C.A., Page, T., 2014	Sistemik derleme	n:3,623
13. Surgical hand antisepsis to reduce surgical site infection Tanner, J., Dumville, J.C., Norman, G., Fortnam, M., 2016	Sistemik derleme	n:9,028
14. Active body surface warming systems for preventing complications caused by inadvertent perioperative hypothermia in adults Madrid, E., Urrutia, G., Figuls, M.R., Pardo-Hernandez, H., Campos, J.M., Paniagua, P., Maestre, L., Alonso-Coello, P., 2016	Sistemik derleme	n:5,438
15. Preoperative skin antiseptics for preventing surgical wound infections after clean surgery Dumville, J.C., McFarlane, E., Edwards, P., Lipp, A., Holmes, A., Liu, Z., 2015	Sistemik derleme	n:2,623

*Elde edilen sonuçlara tartışmada yer verilmiştir.

alınmaması veya azaltılması ile ilgili öneri yoktur.¹ Literatürde sigara kullanımının yara iyileşmesini geciktirdiği ve kardiyak cerrahide CAE gelişimi için risk faktörü olduğu belirtilmektedir.¹³ CDC, elektif ameliyatlardan en az 30 gün önce sigaranın bırakılmasını önermektedir.¹ Diyabetik

hastalarda kan glikozu kontrol altına alınmalı ve hiperglisemiden kaçınılmalıdır (Kategori 1B).¹ Diyabeti olan ve olmayan hastalarda perioperatif dönemde glisemik kontrol sağlanmalı ve kan glikoz düzeyi hedefi 200 mg/dL olmalıdır (Kategori 1A).^{14,15} Kao ve arkadaşlarının glisemik kontrolün etkisini

incelemek amacıyla yaptığı 5 randomize kontrollü çalışmayı incelediği sistematik derlemede (2009), çalışmaların yetersiz olması nedeniyle kanıt kalitesi düşük olmakla birlikte bir çalışmada mutlak glisemik kontrolün CAE'nu azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir.¹⁶ Açık kalp cerrahisi sonrası CAE gelişen hastaların diyabet tanısı olup olmama durumunun retrospektif incelendiği bir çalışmada ise (2013), ameliyat öncesi ve sonrası kontrol altına alınamayan yüksek kan glikoz düzeyinin CAE açısından önemli bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir.¹⁷ Bir diğer risk faktörü olan ameliyat öncesi malnütrisyonun hem insizyonel hem de organ/boşluk CAE riskini artırdığı belirtilmekle birlikte, CDC'nin nütrisyonel desteğin artırılmasına yönelik bir önerisi yoktur.¹ Literatürde malnütrisyonun özellikle major gastrointestinal cerrahi hastalarında önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olduğu belirtilmektedir. Gastrik kanser nedeniyle gastrektomi olan 800 hasta ile yapılan bir çalışmada (2015), malnütrisyon saptanan 152 hastada daha fazla CAE geliştiği belirlenmiştir.¹⁸

Bir diğer önleme girişimi hastanın ameliyat öncesi gece antiseptik ajanlar ile duş alması ya da banyo yapmasıdır (Kategori 1B).¹ Webster ve Osborne tarafından yapılan derlemede (2015), ameliyat öncesi vücut banyosu için herhangi bir antiseptik hazırlık veya antiseptik olmayan duş yapmanın karşılaştırıldığı 10,157 katılımcının olduğu 7 randomize kontrollü çalışma incelenmiştir. Antiseptik solüsyon kullanılan tüm çalışmalarda %4 klorheksidin glukonat kullanılmıştır. Çalışmaların üçünde klorheksidin ve plasebo karşılaştırılmış, klorheksidin ile banyo yapmanın plaseboya göre belirgin bir azalma sağlamadığı sonucuna varılmıştır. Diğer üç çalışmada ise; sabun, klorheksidin ve yıkanmama karşılaştırılmış, bir çalışmada klorheksidinli banyo lehine istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bununla birlikte, kullanılacak antiseptik solüsyon ya da antiseptik solüsyon ile yıkanmama konusunda yeterli kanıt olmadığı söylenebilir.¹⁹ Jakobsson ve arkadaşları tarafından yapılan sistematik derlemede (2011) yüksek kanıtlar olmamakla

birlikte, ameliyat öncesi klorheksidin glukonatla yapılan antiseptik duşun dezenfeksiyon sağlamada etkili olduğu belirtilmektedir.²⁰

Ameliyat öncesi yapılan antimikrobiyal profilaksinin hedefleri CAE'nu önlemek, insizyon yapıldığı sırada doku ve serumda yeterli antimikrobiyal düzeyi elde etmek, ameliyat sonrası enfeksiyona bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltmak, hastanın yatış süresini en aza indirmek, maliyeti azaltmak ve ilaca bağlı yan etki oluşturmamaktır.^{1,21,22} Literatürde antimikrobiyal profilaksiyle ilgili öneriler bulunmasına karşın, pratikte yanlış uygulamalara devam edilmekte, bu durum CAE gelişme hızını artırmaktadır.²³ CDC 1999 rehberine göre; profilaktik antimikrobiyal ilaç IV (intravenöz) olarak verilmeli ve ilacın başlangıç zamanı, cerrahi insizyon sırasında doku ve serumda yeterli bakterisidal etkinin oluşmasını sağlayacak şekilde ayarlanmalıdır (Kategori 1A). 2013 yılında yapılan güncellemede ise cerrahi insizyondan sonra 60 dakika içinde IV tek doz profilaktik antimikrobiyal ilaç uygulanması (Kategori 1B) önerilmektedir.^{1,21} Cerrahi antibiyotik profilaksisi uygulamalarını karşılaştırmak için yapılan retrospektif bir çalışmada (2015), uygulanan ortalama IV antibiyotik profilaksi dozu 3,2 gr, IV profilaksi süresi ise 37,71 saat olarak bulunmuştur.²⁴ Chiang ve arkadaşları tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında (2014), Vankomisin toz formunun lokal olarak uygulanmasının derin insizyonel CAE ve S.aureus ile ilişkili CAE'dan korunmada etkili olduğu belirtilmektedir.²⁵ Heal ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede ise (2016), primer yara iyileşmesinde hiçbir topikal antibiyotiğin CAE gelişmesini azaltmada etkili olmadığı belirtilmektedir.²⁶ Bununla birlikte, ameliyat öncesi hastanede kalış süresi uzadıkça CAE riskinin artması nedeniyle sürenin kısa tutulması önerilmektedir (Kategori II).¹

CAE'larını önlemede ameliyat sırası girişimler olarak öncelikle ameliyathanenin uygun havalandırılması sağlanmalıdır. Ameliyat odasından koridora doğru pozitif basınçlı havalandırma yapılmalı, saatte en az

15 dakika hava değişimi sağlanmalı, hava sirkülasyonu tavandan verilmeli ve tabandan alınmalıdır. Ameliyat odasının kapıları, malzemeler, personel ve hasta geçişi için gerekli olmadıkça kapalı tutulmalıdır (Kategori 1B).¹

Diğer önemli konu ise çevre yüzeylerin temizliği, dezenfeksiyonu ve cerrahi aletlerin sterilizasyonudur. Ameliyat sırasında yüzeylerin ve malzemelerin görünür kirlenmesi veya kan ve vücut sıvıları ile kontaminasyonu varsa yeni ameliyattan önce mutlaka dezenfekte edilmelidir. Ameliyathane ve ameliyat odalarına girişte enfeksiyon kontrolü için yapışkan paspas kullanılmamalıdır. Cerrahi aletlerin sterilizasyonundan emin olunmalıdır. Flaş/Hızlı sterilizasyon, sterilizasyon göstergelerinin (zaman, sıcaklık, basınç) minimal olması, sterilizasyon sonrasında koruyucu ambalajın olmaması ve sterilizasyonu sağlanan cerrahi aletin işlem alanına taşınırken kontamine olma ihtimali nedeniyle rutin bir uygulama olarak önerilmemektedir.²⁷ Flaş/Hızlı sterilizasyon sadece hemen kullanılacak malzemeler (yanlışlıkla düşen cerrahi aletler vb.) için yapılmalıdır (Kategori 1B). Son ameliyattan sonra ameliyat odası ıslak bir vakumla ve EPA (United States Environmental Protection Agency-Amerika Birleşik Devletleri Çevre Koruma Ajansı) tarafından onaylı uygun bir hastane dezenfektanı ile temizlenmelidir (Kategori II).¹

Ameliyat öncesi cerrahi el yıkama uygun bir antiseptik ajan (alkol, klorheksidin, iyodin, paraklorometaksilenol, triklosan) ile en az 2-5 dakika yapılmalıdır. Cerrahi el yıkamadan sonra eller yukarı kaldırılmalı, vücuttan uzaklaştırılmalı ve steril bir havlu ile kurulmalıdır. Steril gömlek ve eldiven giyilmelidir. Tırnaklar kısa kesilmiş olmalı, yapay tırnak kullanılmamalı (Kategori 1B); parmağa, ele ve önkola yüzük, bilezik vb. takılmamalıdır (Kategori II).¹ Tanner ve arkadaşları tarafından yapılan derlemede (2016), CAE'lerini önlemek amacıyla ellerin hangi cerrahi el antiseptiği ile yıkanması gerektiğine ilişkin yeterli kanıt olmadığı belirtilmektedir.²⁸ Ameliyat öncesi cerrahi el yıkama ile derideki bakteri sayısı azalmakla

birlikte, bakteriler yüzük ve tırnak cilasında kalmaya devam edebilmektedir. Arrowsmith ve Taylor tarafından yapılan derlemede (2014), cerrahi ekibin yüzüğünde ve tırnak cilasında enfeksiyon varlığı ya da yokluğuna göre ameliyat sonrası yara enfeksiyonu gelişim oranları incelenmiştir. Fakat yüzükle ya da yüzük takmadan ve tırnak cilasıyla ya da tırnak cilası olmadan yapılan ameliyatların karşılaştırıldığı randomize kontrollü çalışmalar bulunmamıştır. Bulunan bir randomize kontrollü çalışmada ameliyat öncesi cerrahi yıkamadan sonra tırnak cilası olmayan, en az iki gün önce tırnak cilası uygulayan ya da dört günden uzun süredir tırnak cilası bulunan 102 hemşire tırnak cilasında bulunan CFU (colony forming units-bakteri oluşturan birim) açısından değerlendirilmiş, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.²⁹ NICE (National Institute for Health and Care Excellence-Sağlık ve Klinik Mükemmellik Ulusal Enstitüsü) (2013), ameliyat ekibinin ameliyattan önce ellerdeki tüm takıları çıkarmasını, takma tırnak ile tırnak cilası uygulamamasını önermektedir.¹¹

Ayrıca, cerrahi giysi ve örtülerin doğru kullanıldığından emin olunmalıdır. Cerrahi maske, ameliyat odasına girerken, ameliyat başlamışsa, başlamak üzereyse ve steril cerrahi aletler açılmışsa tüm ağız ve burnu kapatacak şekilde ameliyat boyunca takılmalıdır. Ameliyat odasına girerken, cerrahi kep veya başlık ile tüm saçlar kapatılmalı ve galoş giyilmemelidir. Tüm cerrahi ekip steril eldiven giymeli ve eldivenler steril cerrahi önlüğün üstüne giyilmelidir (Kategori 1B).¹ Vincent ve Edwards tarafından yapılan derlemede (2016), ameliyat sonrası cerrahi yara enfeksiyonunu azaltmak için tek kullanımlık cerrahi maskelerin kullanıldığı ya da maske kullanılmadığı çalışmalar incelenmiş ve maske kullanılan ya da kullanılmayan çalışmalar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.³⁰

Cilt veya mukoz membranlara yapılan insizyonlar kontaminasyona neden olduğu için insizyon alanında cilt temizliği uygun şekilde yapılmalıdır. (Kategori 1B). Uygun antiseptik ajan (alkol, klorheksidin, iyodin,

paraklorometaksilenol, triklosan) ile insizyon alanının cilt hazırlığı için dışı doğru iç içe çizilmiş daireler şeklinde yapılmalı ve cilt hazırlığı insizyonun genişletilebileceği ve dren konulabileceği göz önünde alınarak geniş tutulmalıdır (Kategori II). 2013'de güncelleme ile kontraendike değilse uygun antiseptik ajan olarak alkol kullanılması önerilmektedir.^{1,11} Dumville ve arkadaşları tarafından cerrahi insizyondan önce cilt antisepsisinin sağlanıp sağlanmadığı ve alternatif antiseptiklerin karşılaştırılması amacıyla yapılan derlemede (2015), 2,623 katılımcının olduğu 13 çalışma incelenmiştir. Çalışmalarda klorheksidin içeren ürünler ile iyodin içeren ürünler, farklı konsantrasyondaki iyodin içeren ürünler birbirleriyle karşılaştırılırken; bir çalışmada alkol ve iyodin içerikli ürün ile sadece alkol içerikli ürün, diğer çalışmada ise boyama solüsyonu olarak kullanılan povidon iyodin (solüsyon tipi belirtilmemiş) ile sabun ve alkol içerikli ürünler karşılaştırılmıştır. CAE'nu önlemede istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yalnızca bir çalışmada ameliyat öncesi cilt hazırlığında %0,5 klorheksidin içeren metil alkolün, povidon iyodin içeren alkole göre CAE riskini azalttığına ilişkin bir bulgu elde edilmiştir. Kanıtların kalitesi düşük olmakla birlikte alkol içeren ürünlerin CAE önlemede etkili ürünler olduğu ileri sürülmektedir.³¹ Maqbali ve Abdullah tarafından yapılan sistematik derlemede yer alan 7 randomize kontrollü çalışmanın çoğu (2013), ameliyat öncesi cilt hazırlığında en iyi solüsyonun klorheksidin olduğunu, diğer çalışmalar klorheksidini önermekle birlikte istatistiksel olarak fark olmadığını ve bir çalışma ise povidon iyodin kullanılmasını önermektedir.³² Webster ve Alghamdi tarafından yapılan sistematik derlemede ise (2015), yapışkan yara örtüsü kullanımının yara örtüsü kullanılmamaya göre CAE riskini artırdığı ve iyot emdirilmiş yara örtüleri ile ilgili herhangi bir kanıt olmadığı belirtilmektedir.³³

Ameliyat bölgesindeki kılların temizliği, enfeksiyon oranını azaltmanın yanı sıra insizyon alanını daha iyi görmek, cildi kapamayı ve bandaj uygulamasını

kolaylaştırmak amacıyla yapılmaktadır. Bununla birlikte, tüylerin bakteri kontaminasyonuna karşı doğal koruyucu etkisinin ortadan kaldırılması ve cildin tıraşla travmaya maruz kalmasının bakteri kolonizasyonuna yol açtığı belirtilmektedir.³⁴ Ameliyat öncesi tüy dökücü krem veya elektrikli makinelerle temizlik, jiletle yapılan temizliğin travmatize etkilerinden koruduğu için enfeksiyon riski daha düşük bulunmuştur. CDC ameliyat için risk teşkil etmiyorsa kılların temizlenmemesini önermektedir. Eğer kılların tıraşı gerekiyorsa, cerrahiden hemen önce yapılmalı ve elektrikli kırpma makinesi (clipper) tercih edilmelidir (Kategori 1A).^{1,11} Tanner ve arkadaşları tarafından yapılan derlemede (2011), ameliyat öncesi kılların temizliği, kılların temizlenmemesi ve kılların temizliğinde kullanılan farklı yöntemler ile temizlenme zamanları toplam 3,838 katılımcının olduğu 14 çalışmada incelenmiştir. Kılların temizlendiği ya da temizlenmediği çalışmalar arasında ve kılların temizlenmediği ya da kırpma (clipping) ile temizlendiği çalışmalar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Tıraş ile kılların temizliği ve kırpma ile temizliğinin karşılaştırıldığı çalışmalarda ise tıraş ile temizlendiğinde daha fazla CAE görüldüğü bulunmuştur.³⁵ Ameliyat bölgesindeki kılların nasıl alınması gerektiği ile ilgili herhangi bir kanıt bulunmamakla birlikte kırpma ile alınması önerilmektedir.^{11,35}

Yeni rehberlerde yer verilen konulardan biri perioperatif normotermidir. CDC 1999 rehberinde konu ile ilgili herhangi bir öneri yer almazken, 2013 yılında perioperatif dönemde normotermi korunması önerilmektedir (Kategori 1A).^{1,11,21} Ameliyat olan hastalar istenmeyen hipotermi gelişimi açısından risk altındadır. Hipotermi yara iyileşmesinde gecikme, CAE ve hastanede kalış süresinde artma vb. ciddi sorunlara neden olmaktadır. Hipotermi sonrası beden ısısı dengesini tekrar sağlamak uzun zaman aldığından hipotermi oluşmadan önlenmelidir. Bu nedenle cerrahi hemşirelerinin hipotermi önleme girişimlerini bilmesi, aktif ve pasif ısıtma yöntemlerini

uygulaması, vücut sıcaklığını yakından izlemesi ve normotermiyi koruması gerekmektedir.³⁶ Madrid ve arkadaşlarının yaptığı derlemede (2016), kesin kanıtlar olmamakla birlikte sıcak hava üfleme sistemlerinin, özellikle abdominal cerrahide CAE'nu önlemede diğer aktif ısıtma yöntemlerine göre daha yararlı olduğu; aktif vücut ısıtma sistemi ve kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada ise (n:589) aktif vücut ısıtma grubunda CAE'nun daha az olduğu belirtilmektedir.³⁷

Ameliyat sonrası CAE gelişimini önlemede uygun yara bakımının sağlanması önemli konulardan biridir. İnsizyon primer kapatılmışsa steril yara örtüsü ameliyat sonrası 24-48 saat korunmalıdır. (Kategori 1B). Hasta ve ailesine uygun yara bakımı ve CAE semptomları hakkında eğitim verilmelidir (Kategori II). Dumville ve arkadaşlarının cerrahi yara iyileşmesinde pansumanların etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı derlemede (2014), 3,623 katılımcının olduğu 20 çalışma incelenmiştir. Çalışmalarda yarayı açık bırakma ve bir yara bakım ürünüyle yapılan pansumanlar birbirleriyle karşılaştırılmıştır. İnceleme sonucunda herhangi bir pansuman tipinin ya da yarayı açık bırakmanın CAE'nu azaltmadaki etkisine ilişkin yeterli kanıt olmadığı saptanmıştır.³⁸ Hemming ve arkadaşlarının yaptığı 11 randomize kontrollü çalışmayı içeren sistematik derlemede (2013), cerrahi insizyonun kapatılmasında stapler ve sütürün CAE gelişmesi üzerine etkisi incelenmiş ve örneklem sayısı fazla olmasına rağmen

(n:13,661) herhangi bir kanıta ulaşamamıştır.³⁹ Wang ve arkadaşlarının 17 randomize kontrollü çalışmayı içeren triklosan kaplı sütürlerin CAE önlemede etkisini inceleyen sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında (2013), triklosan kaplı sütürlerin CAE'larını %30 oranında azalttığı belirlenmiştir.⁴⁰ Temiz-kontamine yaralarda CAE'nu azaltmada klorheksidin ve povidon iyodinin etkisini karşılaştırmak amacıyla yapılan meta-analizde ise (2010), klorheksidin ameliyat sonrası CAE oranını povidon iyodine göre azalttığı belirlenmiştir.⁴¹ Bir diğer önemli konu uygun dren takibidir. Ameliyat sonrası uygun olmayan drenlerin kullanılması bakterilerin kolonizasyonunu kolaylaştırmaktadır. Kapalı ve hemovak drenler tercih edilmeli, rutin olarak uygulanmamalı ve mümkün olan en kısa zamanda çekilmelidir (Kategori 1B).¹

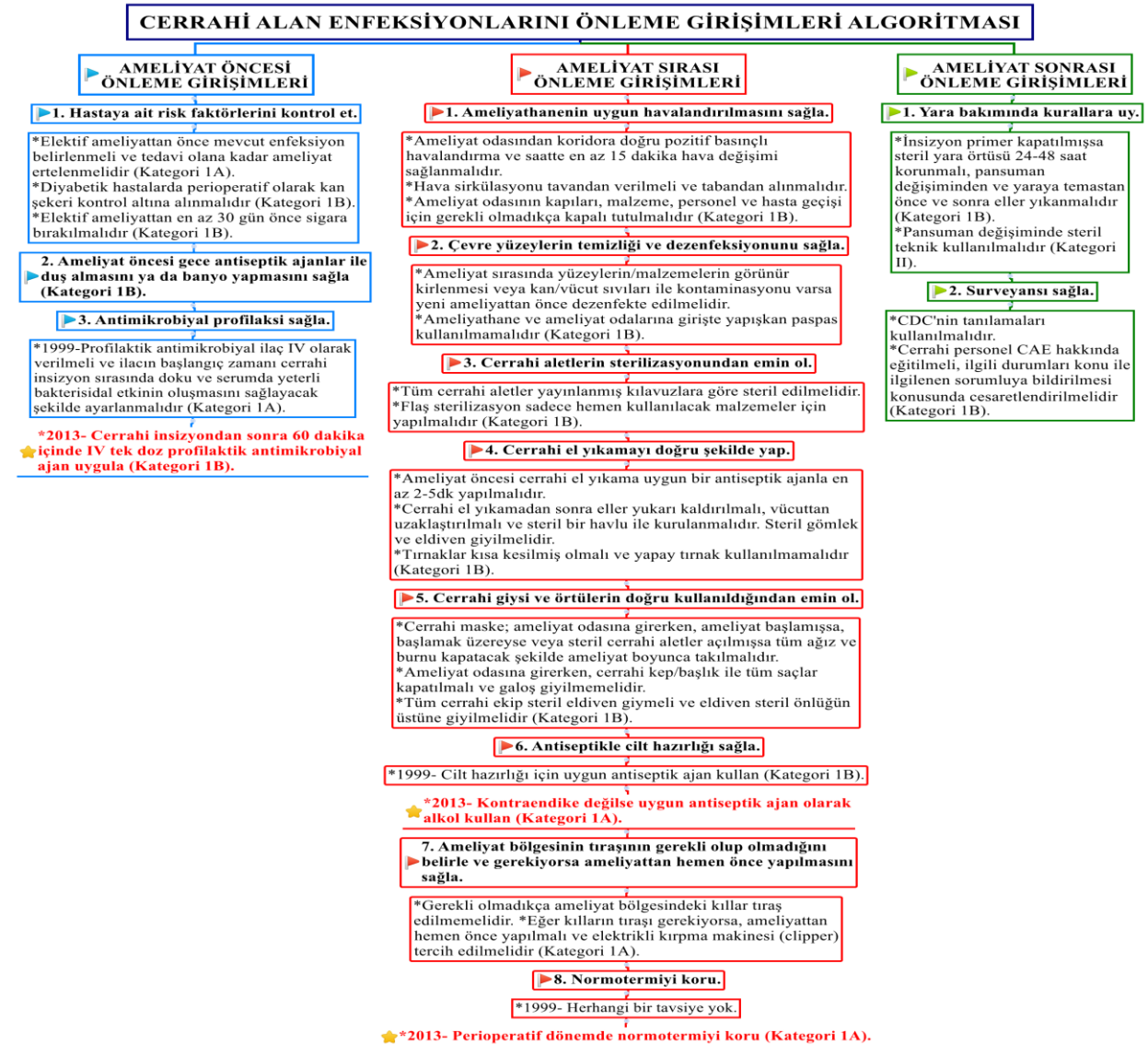
Tüm bunlara ek olarak ameliyat sonrası dönemde sürveyansı sağlamak oldukça önemlidir. CAE tanısı için CDC'nin tanılamaları kullanılmalıdır. Cerrahi personel CAE hakkında eğitilmeli ve ilgili durumları konu ile ilgilenen sorumluya bildirmesi konusunda cesaretlendirilmelidir. Ameliyata alınan her hastada, takip için belirlenmiş CAE riskine eşlik edebilecek yara sınıflaması, ASA (American Society of Anesthesiologists-Amerikan Anestezistler Derneği) sınıflaması, ameliyat süresi gibi veriler kaydedilmelidir (Kategori 1B).¹ Hastanın ailesine ve arkadaşlarına el yıkamanın önemi, doğru el yıkama, cerrahi yara ve pansumanlara dokunmaması gerektiği öğretilmelidir.⁴²

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık alanındaki gelişmelere rağmen CAE halen önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Cerrahi hemşirelerinin CAE gelişmesini önlemeye yönelik olarak; ameliyat öncesi dönemde hasta hazırlığını sağlama, antimikrobiyal profilaksinin sağlandığından emin olması, ameliyathanede uygun havalandırmayı sağlama, çevre yüzeylerin temizliği, dezenfeksiyonu ve cerrahi aletlerin sterilizasyonu, cilt hazırlığının yapılması, normoterminin korunması, uygun yara bakımının yapılması, hastaya ve ailesine enfeksiyondan korunma eğitimlerinin verilmesi gibi çok önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu nedenle, hemşirelerin perioperatif dönem boyunca

girişimlerini en doğru şekilde uygulamaları ve hızlı karar vermeleri oldukça önemlidir.

CAE ile ilgili randomize kontrollü çalışmaların ve meta-analizlerin yapılması önleme girişimleri ile ilgili kanıt düzeyi yüksek rehberlerin oluşturulmasını sağlamakta birlikte, her geçen gün rehberlere yeni öneriler eklenmekte ve birçok tartışmalı konu açığa kavuşturulmaya çalışılmaktadır. Bu anlamda güncel bilgilerin düzenli olarak takip edilmesi, önleme girişimlerine uyumun artırılması, hızlı ve doğru kararların verilmesi ve rehber olması nedeniyle hemşirelik girişimlerine yönelik algoritmaların artırılması önerilmektedir.



Şekil 2: Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önleme Girişimleri Algoritması

KAYNAKLAR

1. Mangram, A.J., Horan, T.C., Pearson, M.L., Silver, L.C., Jarvis, W.R. (1999). CDC Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 20(4): 247-278.
2. Tanner, J., Padley, W., Assadian, O., Leaper, D., Kiernan, M., Edmiston, C. (2015). Do surgical care bundles reduce the risk of surgical site infections in patients undergoing colorectal surgery? A systematic review and cohort meta-analysis of 8,515 patients. *Surgery*, 158(1): 66-77.
3. Castella, A., Charrier, L., DiLegami, V., Pastorino, F., Farina, E.C., Argentero, P.A., et al. (2006). Surgical site infection surveillance: analysis of adherence to recommendations for routine infection control practices. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 27(8): 835-840.
4. Yi M. (2011). *Infection Control Hospital Epidemiology*, 2: 970-986.
5. Magill, S.S. (2012). *Infection Control Hospital Epidemiology*, 33: 283-291.
6. NSHN, Surgical Site Infection (SSI) Surveillance in 2014. NHSN Website: www.cdc.gov/nhsn. Erişim tarihi: 02.12.2016
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Surgical Site Infection (SSI) Event. Atlanta: CDC 2013. <http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscscsscurrent.pdf> Erişim tarihi: 02.12.2016
8. CDC, <http://www.cdc.gov/about> Erişim tarihi: 02.12.2016
9. Uzunköy, A. (2005). Cerrahi alan enfeksiyonları: risk faktörleri ve önleme yöntemleri. *Ulusal Travma Dergisi*, 269-282.
10. Tayran, N. (2008). Cerrahi alan enfeksiyonlarından korunma. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi*. 50: 181-192.
11. Surgical Site Infections: prevention and treatment NICE (National Institute for Health and Care Excellence) Clinical Guideline 2013. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs49> Erişim tarihi: 02.12.2016
12. Malani, P.N., Vaitkevicius, P.V., Orringer, M.B. (2009). Perioperative evaluation and management. In: Halter, J.B., Ouslander, J.G., Tinetti, M.E., Studenski, S., High, K.P., Asthana, S. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. 6th ed. McGraw Hill Medical, 407-416.
13. Meng, F., Cao, J., Meng, X. (2015). Risk factors for surgical site infection following spinal surgery. *Journal of Clinical Neuroscience*, 22(12): 1862-1866.
14. Gandhi, G.Y., Nuttall, G.A., Abel, M.D., Mullany, C.J., Schaff, H.V., O'Brien, P.C., et al. (2007). Intensive intraoperative insulin therapy versus conventional glucose management during cardiac surgery: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 146(4): 233-243.
15. Chan, R.P., Galas, F.R., Hajjar, L.A., Bello, C.N., Piccioni, M.A., Auler, J.O.Jr. (2009). Intensive perioperative glucose control does not improve outcomes of patients submitted to open-heart surgery: a randomized controlled trial. *Clinics*, 64(1): 51-60.
16. Kao, L.S., Meeks, D., Moyer, V.A., Lally, K.P. (2009). Perioperative glycaemic control regimens for preventing surgical site infections in adults (Review). *The Cochrane Library*, Issue 3.
17. Taş, S., Yazıcı, D., Dönmez, A.A., Tunçer, E.Y., Adademir, T., Yanartaş, M., et al. (2013). Açık kalp cerrahisi hastalarında diyabet ve kan glukozu kontrolünün cerrahi alan enfeksiyonları üzerine etkisi. *Koşuyolu Kalp Dergisi*, 16(3): 199-204.
18. Fukuda, Y., Yamamoto, K., Hiroa, M., Nishikawa, K., Maeda, S., Harauchi, N., et al. (2015). Prevalence of malnutrition among gastric cancer patients undergoing gastrectomy and optimal preoperative nutritional support for preventing surgical site infections. *Annals of Surgical Oncology*, 22(3): 778-785.
19. Webster, J., Osborne, S. (2015). Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection (Review). *The Cochrane Library*, Issue 2.
20. Jakobsson, J., Perlkvist, A., Wann-Hansson, C. (2011). Searching for evidence regarding using preoperative disinfection showers to prevent surgical site infections: a systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(3): 143-152.
21. CDC and HICPAC DRAFT Guideline for Prevention of Surgical Site Infection. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee Meeting, 2013.
22. Soyer, T. (2014). Cerrahi alan enfeksiyon tanımlarında yenilikler ve profilaksidede güncel uygulamalar. *ANKEM Dergisi*, 28(Ek2): 156-161.
23. Tural H. (2015). Cerrahi antimikrobiyal profilaksidede güncel öneriler. *Klimik Dergisi*, 28(1): 2-10.
24. Urgancı, A.U., Oymacı, E., Engi, Ö., Karaali, C. (2015). Bir devlet hastanesinde cerrahi antibiyotik profilaksi uygulamalarındaki yanlışlar. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 1-4.
25. Chiang, H., Herwaldt, L.A., Blevins, A.E., Cho, E., Schweizer, M.L. (2014). Effectiveness of local vancomycin powder to decrease surgical site infections: a meta-analysis. *The Spine Journal*, 14(3): 397-407.
26. Heal, C.F., Banks, J.L., Lepper, P.D., Kontopantelis, E., Driel, M.L. (2016). Topical antibiotics for preventing surgical site infection in wounds healing by primary intention (Review). *The Cochrane Library*, Issue 11.
27. Rutala, W.A., Weber, D.J., The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities, 2008. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/disinfection-guidelines.pdf> Erişim tarihi: 08.08.2017.
28. Tanner J, Dumville JC, Norman G, Fortnam M. Surgical hand antisepsis to reduce surgical site infection (Review). *The Cochrane Library*. 2016; Issue, 1.
29. Arrowsmith, V.A., Taylor, R. (2014). Removal of nailpolish and finger rings to prevent surgical infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8.
30. Vincent M, Edwards, P. (2016). Disposable surgical face masks for preventing surgical wound infection in celan surgery (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
31. Dumville, J.C., McFarlane, E., Edwards, P., Lipp, A., Holmes, A., Liu, Z. (2015). Preoperative skin antiseptics for preventing surgical wound infections after clean surgery (Review). *The Cochrane Library*, Issue 4.
32. Maqbali, A., Abdullah, M. (2013). Preoperative antiseptic skin preparations and reducing ssi. *British Journal of Nursing*, 22(21): 1227-1233.
33. Webster, J., Alghamdi, A. (2015). Use of plastic adhesive drapes during surgery for preventing surgical site infection (Review). *The Cochrane Library*, Issue 4.
34. İyigün, E., Ayhan, H., Taştan, S., Köse, G. (2010). Kranial cerrahide traşsız cilt hazırlığının cerrahi alan enfeksiyonu gelişimine etkisi: sistematik inceleme. *Journal of Neurological Sciences*, 27(2): 185-196.
35. Tanner, J., Norrie, P., Melen, K. (2011). Preoperative hair removal to reduce surgical site infection (Review). *The Cochrane Library*, Issue 11.
36. Yüksel, S., Uğraş, G.A. (2016). Cerrahi hastasında hipotermi gelişimini önlemede hemşirenin rolü. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 9(2):113-121.
37. Madrid, E., Urrutia, G., Figuls, M.R., Pardo-Hernandez, H., Campos, J.M., Paniagua, P., et al. (2016). Active body surface warming systems for preventing complications caused by inadvertent perioperative hypothermia in adults (Review). *The Cochrane Library*, Issue 4.
38. Dumville, J.C., Gray, T.A., Walter, C.J., Sharp, C.A., Page, T. (2014). Dressing for the prevention of surgical site infection (Review). *The Cochrane Library*, Issue 9.
39. Hemming, K., Pinkney, T., Futaba, K., Pennant, M., Morton, D.G., Lilford, R.J. (2013). A systematic review of systematic reviews and panoramic meta-analysis: staples versus sutures for surgical procedures. *PLoS ONE*, 8(10): e75132
40. Wang, Z.X., Jiang, C.P., Cao, Y., Ding, Y.T. (2013). Systematic review and meta-analysis of triclosan-coated sutures for the prevention of surgical-site infection. *British Journal of Surgery*, 100(4): 465-473.
41. Noorani, A., Robey, N., Walsh, S.R., Davies, R.J. (2010). Systematic review and meta-analysis of preoperative antisepsis with chlorhexidine versus povidone-iodine in clean-contaminated surgery. *British Journal of Surgery*, 97(11): 1614-1620.
42. FAQs (frequently asked questions) about "Surgical Site Infections" http://www.cdc.gov/HAI/ssi/faq_ssi.html#a1 Erişim tarihi: 01.12.2016.

Mikrobesin Öğeleri ve Mikrobiyota Etkileşimi

Micronutrients and Microbiota Interaction

Tevfik KOÇAK¹, Nevin ŞANLIER²

ÖZET

İnsan intestinal mikrobiyotası yaklaşık 10^{13} - 10^{14} değişen sayıda mikroorganizmadan meydana gelen süper organizma olarak tanımlanmaktadır. İnsan organizmasındaki mikroorganizma sayısı toplam insan hücre sayısından 10 kat daha fazla olup, intestinal mikrobiyotayı meydana getiren genom insan organizmasını meydana getiren genomun yaklaşık 150 kat büyüklüğündedir. Bu kadar çok sayıda bileşenli mikrobiyota fetal hayattan yaşlılığa kadar birçok etkenin etkisiyle değişime uğramakta olup beslenmenin rolü göz ardı edilmemelidir. intestinal mikrobiyota; besinlerle alınan polisakaritlerinin fermantasyonu, esansiyel amino asitler ve vitaminlerin sentezi ve ksenobiyotik ilaçların metabolizması gibi birçok fonksiyonel özelliğe sahiptir. Mikro besin öğeleri insan metabolizmasını ve organ fonksiyonlarını ya doğrudan emilim ve hedef hücreye etki mekanizmasıyla ya da intestinal mikrobiyota vasıtasıyla dolaylı olarak etkilemektedir. Ayrıca enerji metabolizması, hücresel büyüme ve farklılaşma, organ üzerine etki ve bağışıklık mekanizması üzerine kritik öneme sahipken konak-mikroorganizma-metabolik ekseninde sağlık üzerine de etkileri vardır. Bu derleme mikro besin öğeleri ve mikrobiyota etkileşimini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Mikrobiyota, Mikrobiyom, Vitaminler, Mineraller.

ABSTRACT

The human intestinal microbiota is defined as a super organism that occurs from a number of microorganisms ranging from about 10 to 100 trillion. The number of microorganisms in the human organism is about 10 times greater than the total number of human cells and about 150 times the size of the genome that brings the genetic human organism to the intestinal microbiota. The microbiota from such a complicated structure is changing due to the effects of many factors such as fetal age and aging, and the role of nutrition should not be overlooked. Intestinal microbiota; The fermentation of polysaccharides taken with food, the synthesis of essential amino acids and vitamins, and the metabolism of xenobiotic drugs. Micronutrients indirectly affect human metabolism and organ functions either directly through the mechanism of absorption and target cell action, or through the intestinal microbiota. It also has health effects on the host-microbial-metabolic axis, which has critical regulation on energy metabolism, cellular growth and differentiation, effect on the organ and immunity mechanism. For this reason, the study was carried out to investigate micro nutrients and microbiota interactions.

Keywords: Microbiota, Microbiome, Vitamins, Minerals.

*Bu çalışma, 1. Ulusal İnsan Mikrobiyotası ve Sağlığımıza Etkileri Kongresi'nde (08-10 Aralık 2016 / Ankara) poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹Arş. Gör. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Prof. Dr. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ

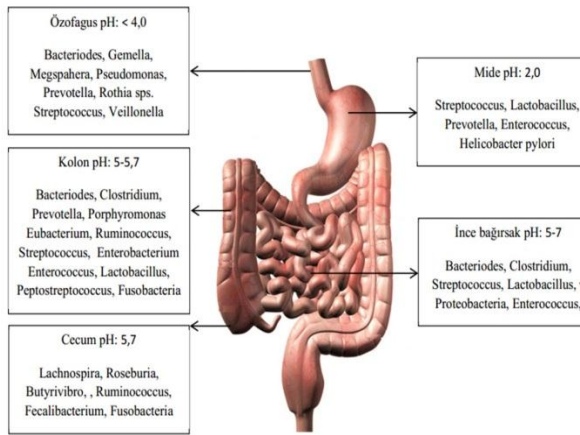
Memeliler ve bağırsak mikroorganizmaları arasındaki karşılıklı işbirliği evrimi milyonlarca yüz yıl sürmüştür.¹ Louis Pasteur yaklaşık 130 yıl önce insan organizmasıyla sağlıklı bir şekilde iç içe olan ve patojenik olmayan mikroorganizmaların olduğu teorisini ortaya atmıştır.² İnsan ve insan ilişkili mikrobiyal topluluklar arasındaki etkileşimi anlamak için yapılan çalışma hiç durmadan devam etmiştir ve insan mikrobiyomu projesi ile büyük bir gelişme kaydetmiştir.³ Yapılan bir çalışma ile özellikle sağlık ve hastalık durumlarında önemli rol oynayan kompleks bir ekosistemden oluşan intestinal mikrobiyotayı daha iyi anlamamıza olanak sağlanmıştır.⁴ İnsan intestinal mikrobiyotası yaklaşık 10^{13} - 10^{14} sayıda mikroorganizmadan meydana gelmektedir. Farklı bir deyişle insan organizmasındaki mikroorganizma sayısı toplam insan hücre sayısından 10 kat daha fazla olup⁵, intestinal mikrobiyotayı meydana getiren genom insan organizmasını meydana getiren genomun yaklaşık 150 kat büyüklüğündedir.⁴ İnsan gastrointestinal sistemi yüzey alanı bakımından 200 m^2 alana sahip ve mikroorganizmalar için uygun yaşam koşulları ve gerekli besin öğelerini ihtiva etmektedir. Bu sebeple kolon sistemi insan vücudundaki mikroorganizmaların yaklaşık %70'ine ev sahipliği yapmaktadır.⁶ Yapılan çalışmalarda intestinal mikrobiyotanın besinlerle sağlanan polisakaritlerin fermantasyonu, esansiyel amino asitlerin, vitaminlerin sentezi ve ksenobiyotik ilaçların metabolizması gibi birçok fonksiyonel özellikleri olduğu ortaya çıkmıştır.^{4, 7} Mikro besin öğeleri insan metabolizmasını ve organ fonksiyonlarını ya doğrudan emilim ve hedef hücreye etki mekanizmasıyla ya da intestinal mikrobiyota vasıtasıyla dolaylı olarak etkilemektedir. İnsan metabolizmasında enerji sağlayan makro (karbonhidrat, protein, yağ) besin öğeleri ve enerji sağlamayan mikro besin öğelerinin (vitaminler, mineraller, eser elementler) fonksiyonları tam olarak ayırt edilmelidir. Mikro besin öğeleri enerji metabolizması, hücrel büyüme ve

farklılaşma, organ üzerine etki ve bağışıklık mekanizması üzerine kritik öneme sahiptir. Ayrıca mikro besin öğelerinin konak-mikroorganizma-metabolik ekseninde sağlık üzerine de etkileri bulunmaktadır.⁸ Bu amaçla birçok aşamada anahtar rol oynayan mikrobiyota ile mikrobesein öğeleri arasındaki etkileşimi incelemek ve mikrobiyotanın metabolizma üzerindeki etkilerini anlamak amacıyla bu çalışma yapılmıştır

İntestinal Mikrobiyotanın Genel Yapısı

Günümüze kadar yapılan çalışmalarda doğum anında mikrobiyolojik olarak steril dünyaya geldiği kabul edilen fetüsün yapılan son çalışmalar ile steril olmadığı saptanmıştır. Fetüsün doğum öncesi başlayan mikrobiyota oluşumu sonrasında çevrenin etkisi ile devam etmektedir.⁹ İnsan intestinal mikrobiyotası bakterileri, arkebakterileri, ökaryotları, virüsleri ve parazitleri içeren geniş ve çeşitli türdeki canlılara yaşam alanı sağlamaktadır.¹⁰ İntestinal sistem yaklaşık olarak 10^{13} - 10^{14} mikroorganizmanın oluşturduğu kompleks bir yapıdan meydana gelmektedir.¹¹ Geçmişte normal intestinal mikrobiyotanın 500-1000 mikroorganizmadan oluştuğu düşünülmesine rağmen son yıllarda ucuz, verimli, kültür bağımlı olmayan poligenetik metod ve 16S rRNA sekanslama gibi yeni nesil sekans analizlerinin kullanılması ile yeni türlerin tanımlanması ve sınıflandırılması çalışmaları hızlanmıştır. Böylece intestinal mikrobiyotanın 35.000 üzerinde mikroorganizma türlerinden oluştuğu tahmin edilmektedir.¹² Bu yeni yöntemlerin kullanılması ile yapılan araştırmalar da daha geniş kapsamlı mikroorganizma çeşitliliği saptanmış ve sınıflandırılmıştır.¹³ Sağlıklı insanlarda bağırsak mikrobiyotasında kolonizasyon sağlamış mikroorganizmalar; *Firmicutes*, *Bacteroidetes*, *Proteobacteria*, *Actinobacteria*, *Fusobacteria* ve *Verrucomicrobia* olarak 6 bakteriyel sınıfa ayrılırken *Bacteroidetes* ve *Firmicutes* cinsleri bağırsak mikrobiyotasının %60'ını oluşturmaktadır. *Bacteroides*, *Eubacterium*, *Clostridium*, *Ruminococcus*, *Peptococcus*,

Peptostreptococcus, *Bifidobacterium*, *Fusobacterium* cinsleri sık görülen zorunlu anaerop mikroorganizmaları oluştururken *Escherichia*, *Enterobacter*, *Enterococcus*, *Klebsiella*, *Lactobacillus* ve *Proteus* cinsleri daha az sıklıkla fakültatif anaerop mikroorganizmaları oluşturmaktadır.¹⁴ Normal insan intestinal mikrobiyotasını oluşturan mikroorganizma cinsleri Şekil 1'de verilmiştir.¹⁵



Şekil 1. Sağlıklı insan Gastro-intestinal mikrobiyotası¹⁵

Özofagustan rektuma uzanan sistemde mikroorganizma çeşitliliğinde belirgin farklılıklar vardır. Mide ve özofagusta 10^1 mikroorganizma kolonizasyonu varken kolon ve distal bağırsakta 10^{12} mikroorganizma kolonizasyonu vardır.¹⁵ Mikrobiyal zenginliğinin ve çeşitliliğinin ötesinde, sağlıklı bir bağırsak mikrobiyotası enfeksiyon ve inflamasyona karşı metabolizmayı güçlendiren, kanser veya otoimmün hastalıklara karşı dayanıklılığı arttıran, endokrin sinyal ve beyin fonksiyonlarında (beyin-bağırsak eksen) görev alan bir yapı olarak tanımlanabilmektedir. Ayrıca mikrobiyomlar bağırsak geçirgenliği, mukus tabakası, epitel hücre fonksiyonu, doğal ve kazanılmış bağışıklık, bağırsak motilitesini ve sinir iletiminin sağlayan ajanların salgılanması yoluyla bu etkilere aracılık edebilmektedir.²

İntestinal Mikrobiyota Fonksiyonları

İntestinal mikrobiyota bağırsak mukozası ile simbiyotik bir ilişki içerisinde olan, içerdiği mikrobiyomlar ile besin bileşenlerinden besin elde eden, epitel hücrelerin devamlılığını sağlayan, bireye metabolik, immünolojik ve koruyucu fonksiyonlar kazandıran, geniş metabolik yeteneği ve önemli fonksiyonel etkileriyle tek başına bir organdır.¹⁵ İntestinal mikrobiyotanın nicel veya nitel değişiklikleri bağırsak homeostazının bozulmasına yol açarak fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar, bulaşıcı bağırsak hastalıkları, karaciğer hastalıkları, mide-bağırsak maligniteleri, obezite ve metabolik sendrom, diabetes mellitus, alerjik hastalıklar ve otizm çeşitli hastalıklarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır.¹⁶ Mikroorganizmasız (germ-free) koşullar altında yetiştirilen canlılar, intestinal mikrobiyotanın parçası olan bakteriler fizyolojik ve patolojik özellikleriyle metabolik, besinsel ve koruma fonksiyonları açısından önemli ve özel olduğunu göstermektedir.¹⁷ Obez ve tip2 diyabetli bireylerin intestinal mikrobiyotasındaki en dikkat çekici durum bu hastalarda *Bacteroidetes* cinsi mikrobiyomlarda artış gözlemlenirken buna karşın *Firmicutes* cinsi mikrobiyomlarda azalma gözlemlenmesidir. Diğer yandan, *Prevotella* cinsi mikrobiyomlarda artış ile birlikte *Bifidobacterium* cinsi mikrobiyomlarda azalma birçok obez ve diyabetik olguda karşımıza çıkan mikrobiyota değişikliğidir. *Bacteroidetes/Firmicutes* ve *Bacteriodes-Prevotella/Clostridium coccoides-Eubacterium rectale* oranları plazma glukoz düzeyleri ile pozitif korelasyon göstermektedir. Yine bu bireylerin bağırsaklarında aşırı miktarda gram negatif bakteri çoğalması ile dolaşımdaki bakteriyel lipopolisakkaritlerin miktarı artmakta, bu da kronik bir endotoksemiye ve sonuçta insülin direncine yol açan subklinik inflamasyona neden olmaktadır.⁶ Kardiyovasküler hastalıkların (KVH) sebep olduğu morbidite oranı her geçen gün artmaktadır. KVH maruz kalmış insanlar ile kontrol gurubu karşılaştırıldığında KVH gurubun intestinal

mikrobiyotası *Collinsella*, cinsi mikrobiyotadan zengin kontrol grubunun intestinal mikrobiyotası *Roseburia* ve *Eubacterium* cinsi mikrobiyotadan zengin olduğu gözlenmiştir.¹⁸ İntestinal mikrobiyota karaciğer hastalıkları üzerine de etki göstermektedir. Alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığına sahip 53 ve 32 sağlıklı bireyin 16S ribosomal DNA yeni nesil dizileme tekniği ile intestinal mikrobiyotasının karşılaştırıldığı çalışmada *Escherichia*, *Anaerobacter*, *Lactobacillus* ve *Streptococcus* cinsi mikrobiyotalar önemli derecede yoğunken, sağlıklı kontrol grubunda *Alistipes* ve *Prevotella*, cinsi mikrobiyotalar önemli derecede yoğun bulunmuştur.¹⁹ İnflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH), immün sistem tarafından kolonun ve ince bağırsağın etkilenmesi sonucu oluşmuş inflamatuvar bir hastalıktır. İntestinal mikrobiyota bozuklukların başlamasında tetikleyici önemli bir rol oynayabilmektedir. Sağlıklı kişilerde ile karşılaştırıldığında, İBH hastalarının intestinal mikrobiyotasında *Ruminococcus gnavus*, *Actinobacteria* ve *Proteobacteria* cinsi mikrobiyotalarda artış gözlenirken *Firmicutes*, *Bacteroidetes* *Dialister invisus*, *Faecalibacterium prausnitzii* ve *Bifidobacterium adolescentis* türlerinde azalma gözlenmiştir.^{12, 20} Crohn hastalığı İBH'nın yaygın görülen şekli olup sağlıklı insanlar karşılaştırıldığında *Enterobacteriaceae* ve *Ruminococcus gnavus* türlerinde artış meydana gelirken *Faecalibacterium*, *Roseburia* ve kısa zincirli yağ asitlerinin sentezi ile anti inflamatuvar etkisi olan *Faecalibacterium prausnitzii* türü mikrobiyotalarda ciddi azalma görülmüştür.¹⁹ İrritabl bağırsak sendromu (İBS) ishal, kabızlık, karında şişkinlik ve gaz ile seyir gösteren fonksiyonel bağırsak hastalığıdır.²¹ Etiyolojisinde birçok faktör olan hastalıkta tam olarak anlaşılamamış kompleks bir etyopatogenez söz konusu olmakla beraber kontrol grubu insanlar ile hasta insanlar karşılaştırıldığı çalışmada *Firmicutes* cinsi mikrobiyotaların kolonizasyonu yüksekken *Bacteroidetes* cinsi mikrobiyotaların kolonizasyonu düşük bulunmuştur.²²

İntestinal Mikrobiyotanın Besin Ögesi Metabolizmasındaki Fonksiyonu

Bağırsak mikrobiyotasının besin toksini ve kanserojenlerin zararsız hale getirilmesini sağlaması, sindirilemeyen besin bileşenlerini fermente ederek mikro besin öğelerinin sentezlenmesini sağlaması, bazı elektrolitlerin ve minerallerin emilimini sağlaması, enterositlerin büyümesi ve farklılaşmasını sağlaması, kolonisitler vasıtasıyla kısa zincirli yağ asitlerinin üretimini sağlaması gibi önemli metabolik fonksiyonları vardır.²³ İntestinal mikrobiyota ihtiyacı olan besinleri önemli ölçüde diyetle alınan karbonhidratlardan sağlamaktadır. Proksimal kanalda sindirilemeyen ve emilemeyen karbonhidratlar *Enterobacteria*, *Bacteroides*, *Roseburia*, *Bifidobacterium*, *Faecalibacterium* ve *Clostridium clusters IV* ve *XIVa* cinsi mikroorganizmalar tarafından fermantasyona uğratarak konakçılar için iyi bir enerji kaynağı olan butirat, propiyonat ve asetat gibi kısa zincirli yağ asitleri sentez edilmektedir.²⁴ Butirat, propiyonat ve asetat sağlığı geliştirmekte ve enfeksiyona direnç sağlamaktadır. Sağlıklı bir bağırsak ile ilişkili diğer bakteriyel popülasyonlar ise aktif butirat üretici mikroorganizmalardır. Butirat üretimi; kolonik T-regulatory (TREG) hücrelerin farklılaşmasını düzenler, mukozal oluşumu artırır, inflamatuvar ve alerjik tepkileri etkilerken, propiyonat oluşumunda ve glukoneogenezde rol alır.²⁵ Yetişkin insan kolonunda günlük 20-60 g karbonhidrat ve 5-20 g protein intestinal mikrobiyota tarafından kullanılabilir durumdadır.²⁶ Kısa zincirli yağ asitlerinden elde edilen enerji dengesini G protein reseptör Gpr41 ile enteroendokrin hormon PYY (peptid tirozin tirozin / pankreatik peptid YY3-36) düzenlediği düşünülmektedir.²⁷ Ayrıca, butirat bakteriyel fermantasyon sonucu oluşan D-laktat gibi ürünlerin toksik metabolik birikmesini önlemektedir.²⁸ Yapılan bir çalışmada plazma lizin ve treoninin % 1-20'sinin intestinal mikrobiyota tarafından karşılandığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca doku tarafından meydana getirilen üre intestinal mikrobiyota tarafından amonyağa hidrolize edilerek metabolizmadan uzaklaştırılır. Böylece

intestinal mikrobiyota nitrojen döngüsünde de anahtar rol oynamaktadır.² *Bacterioides*'lerin çoğu karbonhidrat aktifleştirici enzimleri kodlayan genleri taşımaktadır. Bu karbonhidrat-aktifleştirici enzimler glikozil transferazlar, glikozid hidrolazlar ve polisakarit liyazlardır. Bu cins *Bacterioides*'lere en iyi örnek yetişkin insanların % 46'sında bulunan *Bacterioides thetaiotaomicron*'dur.²⁹ İntestinal sistemdeki karbonhidrat oksidasyonu ve mikrobiyal metabolizma oksalat taşı oluşumuna bu da kalsiyum ile kompleks oluşturarak böbreklerde taş oluşumuna sebep olmaktadır. *Oxalobacter formigenes*, *Lactobacillus* ve *Bifidobacterium* cinsi mikrobiyolar intestinal sistemde oksalatı metabolize ederek böbrek taşı riskini azaltmaktadır.³⁰ İntestinal mikrobiyota adipositlerdeki lipoprotein lipaz aktivitesinin inhibisyonunu baskılayarak lipid metabolizması üzerinde de olumlu bir etki göstermektedir. *Bacterioides thetaiotaomicron* türü lipit sindirimi için gerekli pankreatik lipaz olan ko-lipazın düzenlenmesini etkileyerek lipit hidroliz etkinliğini artırmaktadır.³¹ Bazı intestinal mikrobiyolar, özellikle *Lactobacillus* cinsi mikrobiyolar safra tuzlarını hidrolize ederek safra tuzu hidrolazları üretme yeteneğine sahiptir. Safra tuzu geri emiliminin enterohepatik bu döngüsü ile fekal safra tuzu kaybı azalırken serum kolesterol miktarı da azalmaktadır.³² Peptit ve proteinlerin mikrobiyota organizmaları tarafından anaerobik metabolizması sonucunda kısa zincirli yağ asitleri üretmektedir. Ancak bu yağ asitleriyle birlikte aynı zamanda, bir seri amonyak, aminler, histidin, fenoller, tioller ve indoller dahil potansiyel olarak toksik maddeler de meydana gelmektedir.¹⁷ Histamin intestinal lümen üzerinde mevcut olan histamin tip 2 reseptör sinyaliyle enflamatuvar sitokinlerin üretimi artırabilmektedir.³³ Sinyal molekülleri oluşturulmasına ek olarak mikrobiyolar antimikrobiyal peptitler veya enterik patojenlerin neden olduğu enfeksiyona direnç göstermekte ya da direncin sağlanması için bakteriyosinler üretebilmektedir. Üretilen bu bakteriyosinler enterik patojenlerin gelişmesini

önlemektedir.³⁴ İnsan intestinal mikrobiyotası diyetle tüketilen flavanoller, flavanonlar, antosiyaninler, izoflavonlar, flavonlar, tanenler, lignanlar, klorojenik asitler, bitki, meyve ve bitki kaynaklı ürünler (çay, kakao, şarap) gibi çeşitli polifenollerin (fenolik bileşenler) parçalanmasında rol almaktadır. Polifenoller glukoz, galaktoz, ramnoz, ribuloz, arabinopirinoz ve arabinofuranoz gibi şekerler ile glikozile türevleri olarak da bulunmaktadır. Polifenoller intestinal mikrobiyota tarafından biyotransformasyona uğramakta ve diğer doku ve organlara portal ven ile transfer edilmektedir.³⁵ Ayrıca *Bacterioides* cinsi mikroorganizmalar anti diyabetik antiaterojenik, antiobezojenik, hipolipidemik ve bağışıklık düzenleyici özelliklere sahip konjuge linoleik asit sentezlemektedir.³⁶ Normal intestinal mikrobiyota piruvik asit, sitrik asit, fumarik asit ve malik asit konsantrasyonlarına etki ederek enerji metabolizmasını etkilemektedir.³⁷ İntestinal mikrobiyota K vitamini ve bazıları doğrudan bağırsaktan emilim yoluyla insan beslenmesine katkıda bulunan B grubu vitaminleri sentezlemektedir.³⁸ Ayrıca kalsiyum, magnezyum ve demir absorpsiyonunda görev almaktadır.¹⁷ İnsan intestinal mikrobiyotasında dikkat çekici metabolik yolu olan üç *Enterotypes* cinsi tespit edilmiştir. *Enterotype 1*; glikoliz ve pentoz fosfat yollarındaki sakkarolitik enzimler, galaktosidazlar, heksosaminidazlar, proteazlar gibi genler ile zenginleşmiş karbonhidrat ve protein fermantasyonu ile enerji sağlayan cins, *Enterotypes 2* ve *3*, önemli ölçüde müsin parçalanmasından enerji elde eden cinslerdir. *Enterotype 1* biyotin, riboflavin, pantotenat ve askorbat biyosentezinde yer alan enzimler bakımından, *Enterotype 2* ise tiamin ve folat biyosentezine enzimler bakımından zengindir.³²

İntestinal Mikrobiyota Ve Mikrobesein Öğeleri

Besin öğeleri intestinal mikrobiyotanın bileşimine, konfigürasyonuna ve fonksiyonuna bir çok etkide bulunmaktadır. Makro besin öğeleri (karbonhidratlar,

proteinler, yağlar) sağlarken mikro besinler (vitaminler, mineraller, eser elementler) enerji metabolizması, hücrel büyüme ve farklılaşma, organların işlevlerini yerine getirmesi ve immün fonksiyonların düzenlenmesi gibi birçok fonksiyon da rol almaktadır. Ayrıca mikro besin öğeleri insan metabolizmasını ya doğrudan ya da intestinal mikrobiyota aracılığıyla dolaylı olarak etkilemektedir.⁸

İntestinal Mikrobiyota ve Vitaminler

Vitaminler canlı hücrelerde yaşamsal ve biyokimyasal reaksiyonların düzenlenmesi için enzimlerin öncüleri olarak rol alan temel mikro besin öğeleri olup çoğu organizma tarafından sentezlenmemektedir. Canlılar için elzem olan vitaminler diyet eksojen yolla karşılanacağı gibi bazıları intestinal mikrobiyota tarafından da sentezlenebilmekte ve emilimi gerçekleşmektedir³⁸. İntestinal mikrobiyota birçok fonksiyonuyla beraber aynı zamanda vitamin kaynağı olarak da görev yapmaktadır. Bu vitaminlerin başında *Bacteroides* ve *Eubacterium* cinsleri tarafından sentezlenen K vitamini (menakuinonlar) ve *Lactococcus lactis*, *Lactobacillus gasseri*, *Lactobacillus reuteri* ve *Bifidobacterium adolescentis* türleri tarafından sentezlenen B grubu vitaminleri (tiyamin, riboflavin, nikotinik asit, kobalamin, folat, piridoksin biyotin ve pantotenik asit) gelmektedir. Besinlerle alınan vitaminler genel olarak ince bağırsağın proksimal kısmında emilirken mikrobiyota tarafından sentezlenen vitaminler kolonda meydana gelmektedir.³⁹

Suda Çözünen Vitaminler

İntestinal mikrobiyotada kolon mukozası tarafından emilen birçok suda çözünür vitamin sentezlenmektedir. Bu vitaminlerin çoğu enerji metabolizmasında ve farklı koşullara genetik adaptasyonda rol almaktadır.⁸

Tiyamin (B₁ vitamini)

Tiyamin (B₁ vitamini) hücre için temel enerji kaynağı olan ATP sentezinde, yağ asitleri sentezinde, steroidlerin sentezinde, nükleik asit sentezinde, çeşitli

nörotransmitterler için aromatik amino asit ön maddesi olarak ve beyin fonksiyonu için gerekli olan biyolojik olarak aktif bileşiklerin sentezlenmesinde rol alan pentoz fosfat yolunda bir koenzim olarak rol almaktadır.⁴⁰ Eksikliğinde beriberi, deliryum ve zihinsel karışıklık olarak adlandırılan Wernicke ensefalopati ve Korsakoff piskozu görülmektedir.⁴¹ Kolon mikrobiyotası önemli miktarlarda tiyamin sentezler ve kolon mukozası, özelleştirilmiş bir taşıyıcı mekanizması yoluyla tiyaminin emilimini ve taşınmasını gerçekleştirir⁸. Tiyaminin kolon mikrobiyotasındaki sentezi fakültatif anaerob olan *E. coli* ve aerob *Bacillus subtilis* türleri tarafından gerçekleştirilmektedir.⁴² Ayrıca *Streptococcus thermophilus*, *Lactobacillus helveticus* ve *Bifidobacterium* da soya fermantasyonundan tiyamin sentezinde rol almaktadır.⁴³

Riboflavin (B₂ Vitamini)

Birçok bitki, mantar ve bakterinin aksine insanların riboflavini besinlerle birlikte dışarıdan alması gerekmektedir. Riboflavin ayrıca kalın bağırsak mikrobiyotası tarafından da sentezlenebilmektedir.⁴⁴ Mikrobiyal riboflavin biosentezi prekürsör guanosin trifosfattan (GTP) ve D-ribuloz-5-fosfattan *Bacillus Subtilis* ve *Escherichia Coli* türü Mikrobiyomlar tarafından gerçekleştirilmektedir.^{45, 46} Süt ürünlerindeki riboflavin konsantrasyonları ürünleri işleme sırasında mikroorganizmaların aktivasyonları ve işleme teknolojileri ile bağlantılı olarak değişiklik gösterebilmektedir.⁴⁷ İnek sütü fermantasyonunda kullanılan *L. lactis* ve *Propionibacterium frudenreichii spp* ile *Shermanii* starter kültürleri fermente ürünün riboflavin içeriğini önemli oranda arttırmaktadır.⁴⁰

Pridoksin (B₆ vitamini)

B₆ vitamininin çoğunluğu amino asit metabolizmasında rol alan yüzlerce enzim için kofaktördür. İnsan mikrobiyotası özellikle, *Eubacterium rectale* ve *Porphyromonas gingivalis* türü mikrobiyomlar B₆ vitamini bağımlı enzimlere sahiptir. B₆ vitamini bakterilerde aminotransferaz metabolizması için

gereklidir.⁸ *Actinobacteria*, *Bacteroidetes* ve *Proteobacter* cinsi mikrobiyomlar büyük çoğunluğu ile birkaç *Firmicutes* ve *Fusobacteria* 'nın piridoksal 5'-fosfat sentez yeteneği vardır.⁴⁸

Folik asit

Folik asit DNA replikasyonu ve onarımı, metilasyon, nükleotidlerin, vitaminlerin ve bazı amino asitlerin sentezi gibi birçok temel metabolik işlevde yer almaktadır.³⁸ Folik asit molekül yapısında "pteridin, p-amino benzoik asit (pABA), α-glutamik asit" ve "formil, metil ve metilen" gibi tek karbonlu gruplar bulunmaktadır.⁴⁹ Yetersiz folik asit alımı megaloblastik anemi, büyüme geriliği ve nöral tüp defektleri ile sonuçlanmaktadır.⁸ Folik asit farklı miktarlarda kalın bağırsak mikrobiyotasında sentezlenebilmektedir. *Bifidobacterium bifidum* ve *Bifidobacterium longum*, türü mikrobiyomlar yüksek konsantrasyonlarda folat üretirken *Bifidobacterium breve* ve *Bifidobacterium adolescentis* türü mikrobiyomlar düşük düzeylerde folik asit sentezlemektedir.⁵⁰ Ayrıca *Lactobacillus* türlerinden *L. acidophilus*, *L. casei*, *L. paracasei*'nin, *L. plantarum*, *L. reuteri* ve *L. salivarius* türleri de folik asit sentezi gerçekleştirmektedir.⁴⁰

Kobalamin (B₁₂ vitamini)

B₁₂ (kobalamin) ve analoglarının (korrinoidlerin) intestinal mikrobiyota üzerine önemli etkileri vardır. İntestinal mikrobiyomlar korrinoidleri metabolik yollar için bir kofaktör olarak kullanmaktadır.⁵⁰ İnsanlar B₁₂ vitamini sentezlemez ve ekzojen olarak almaları veya mikrobiyomlardan sağlamaları gerekmektedir. *Propionibacterium freudenreichii*, *Salmonella enterica*, *Listeria innocua*, *Lactobacillus reuteri*. *Pseudomonas denitrificans* ve *Bacillus megaterium* türleri B₁₂ vitamini sentezinde rol aldığı belirtilmiştir. Ayrıca *Bacteroides thetaiotaomicron* türünde B₁₂ vitamini sentezinde rol almaktadır.⁸

Yağda Çözünen Vitaminler

Yağda çözünen vitaminler A, D, ve K immün yanıt, özellikle T hücresi kaynaklı immün yanıtın düzenlenmesinde rol oynayarak intestinal bağışıklık cevapları ve bariyer fonksiyonu üzerine önemli etkileri vardır. Bunula birlikte intestinal mikrobiyota tarafından sentezlenen yağda çözünen vitaminlerin konak ve mikrobiyom ile etkileşime katkıda bulunduğu dair güçlü kanıtlar vardır.⁸

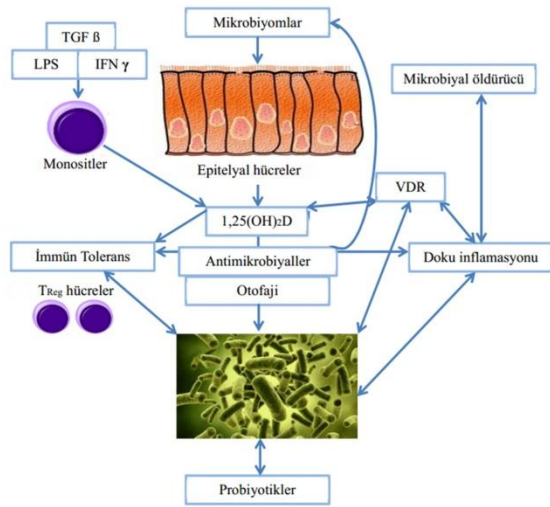
A vitamini

A vitamini, patojenlere ve besin kaynaklı antijenlere karşı intestinal immün yanıt açısından önemlidir. Diyet kaynaklı β - karoten gıda matriksine bağlı olarak, ince bağırsakta (% 5-50) emilmektedir. Yağda çözünen bir bileşik olarak diyet karoteninin bir kısmı lifli gıdalar ile ince bağırsağın üst kısmında emilmektedir. İntestinal ilişkili dendritik hücreler ya retinol oksidasyonu yada β-karoten parçalanması ile retinalden retinoik asit üretilmektedir.⁵¹ *E.coli* türü mikroorganizma tarafında aktive edilen β-karoten monooksijenaz 1 enzimi retinoik asit oluşumunda etkili olmaktadır.⁵² *Bifidobacterium infantis* türü mikrobiyom eritrositdeki retinolü retinal aldehite indirgeyerek vitaminin serbest hale getiren retinal dehidrogenaz enzimini eksprese ederek mukosal dendritik hücreler üzerinde anti-enflamatuar aktivite göstermektedir.⁵³

D vitamini

D vitamini intestinal bağışıklık sistemi ve mukozal bariyer fonksiyonu üzerine büyük önem taşımaktadır. Kolonisitlerde 25 (OH)₂ D den vitamin D reseptörleri olan büyüme hormonu, seks hormonu (östrojen) ve epigenetik faktörler etkisiyle D vitamini aktif bir formu olan 1,25 (OH)₂D oluşturulmaktadır.⁵⁴ İmmün hücreleri monositler gibi patojenler ile etkileşime girdiğinde toll-like gibi özel immün reseptörlerin aktivasyonu veya TGF-β, interferon-γ gibi diğer immün modülatörlerin stimülasyonu ile 1,25 (OH)₂D sentezlemektedir. 1,25 (OH)₂D sentezi otofaji mekanizmasını aktif ederek ve

cathelicidin gibi antimikrobiyal sentezini sağlayarak zararlı mikroorganizmaların yok edilmesini sağlamaktadır. Cathelicidin antimikrobiyal proteinleri bağırsak, deri, idrar yolları ve akciğer epitel yüzeylerinden salgılanarak gram-pozitif ve negatif bakterilerin, virüs ve mantarların hücre membranlarının parçalanması sonucu yok edilmelerini sağlamaktadır. Mikrobiyomlar ile D vitamini arasındaki etkileşimler Şekil 2'de sunulmuştur.⁵⁵



Şekil 2. Bağışıklık tolerans ya da doku iltihabı gelişimine tesir edebilen D vitamini ve mikrobiyomlar arasındaki etkileşim ağı.⁵⁵

Monositler ve epitel hücreleri gibi immün hücreler bakteri-türevli ürünler olan gram-negatif bakterilerin dış zarlarından salgılanan lipopolisakarid (LPS), transforming growth factor-β (TGF-β) ve interferon-γ (IFN-γ) gibi sitokinlerin etkisi ile 1,25 (OH)₂D sentezlenmektedir. Bu etki ile uyarılan TReg hücreler immün tolerans oluşturmaktadır. Ayrıca 1,25 (OH)₂D de antimikrobiyallerin sentezi ve otofaji aktivasyonuna etki ederek mikrobiyal kontrol oluşturmaktadır. Probiyotiklerin kullanımı sonrasında uyarılan mikrobiyomlar D vitamini reseptörü (VDR) ekspresyonunu artırarak D vitamininin immün fonksiyonlarını regüle ederken dokü inflamasyonunu azaltmaktadır.⁵⁵ D vitamini eksikliği, alerjik solunum yolu hastalıkları, artan akciğer inflamasyonu, kolit oluşumu, riskini artırırken D vitamini suplementasyonu bu zararlı etkilerin tedavisinde olumlu etkiler sağlamaktadır.⁵⁶

Ratlar üzerinde yapılan başka bir çalışma da probiyotik kullanımının kolonda VDR ekspresyonunu artırarak inflamasyonu azalttığı, displazi ve kanser riskini de düşürdüğü tespit edilmiştir.⁵⁷

K vitamini

K vitamininin fillokinon (K₁ vitamini) ve menakinon (K₂ vitamini) olmak üzere iki doğal formu ve menadin (K₃ vitamini), menadiol (K₄ vitamini) olarak adlandırılan iki sentetik formu bulunmaktadır. Menakuinonlar genel olarak mikrobiyal kökenlidir ve çoğunluğunu anaerobik bakterilerin oluşturduğu gram-pozitif bakteriler tarafından sitoplazmik membran da elektron taşıyıcısı olarak, *Bacteroides fragilis* türü menaquinone-10 (MK-10) ve MK-11, *Enterobacter spp.* MK-8 ve MK-9, *Veillonella spp.* MK-7 ve *Eubacterium lentum* MK-6 tarafından sentezlenmektedir. Benzer şekilde bu bakterilere ek olarak peynir gibi gıdaların üretimi için starter kültürleri olarak kullanılan laktik asit bakterileri, *Lactococcus lactis spp.*, *L. lactis spp.* *Cremoris* MK-8 ve MK-9 menakuinonları üretirken *Propionibacteria* türü mikrobiyom MK-9 üretmektedir.⁵⁸ Ancak ince bağırsakta yer alan K vitamini türlerinin emilebilmesi için safra tuzu gerektiğinden ve kolonda bulunmadığından mikrobiyom kaynaklı sentezlenen menakuinonların emiliminin ve bioyararlılığının nasıl gerçekleştiği hala belirsizdir.⁵⁸

İntestinal Mikrobiyota ve Mineraller

İnsan beslenmesi ile intestinal mikrobiyota arasında birçok ilişki vardır. Mineral mikrobiyota etkileşimi bunlardan biridir. Beslenme yetersizliğine bağlı olarak görülen Fe eksikliği dünya çapında iki milyondan fazla kişiyi etkilemektedir.⁵⁹ Demirin intestinal mikrobiyota bileşimi ve metabolik aktivite üzerine de etkisi vardır. Ratlar üzerinde yapılan bir çalışmada fekal Fe konsantrasyonlarındaki eksiklik *Roseburia spp.*, *Eubacterium rectale* ve *Bacteroides spp.* türleride büyük bir azalmaya neden olmaktadır.⁶⁰ Demir eksikliği görülen bireylerde intestinal

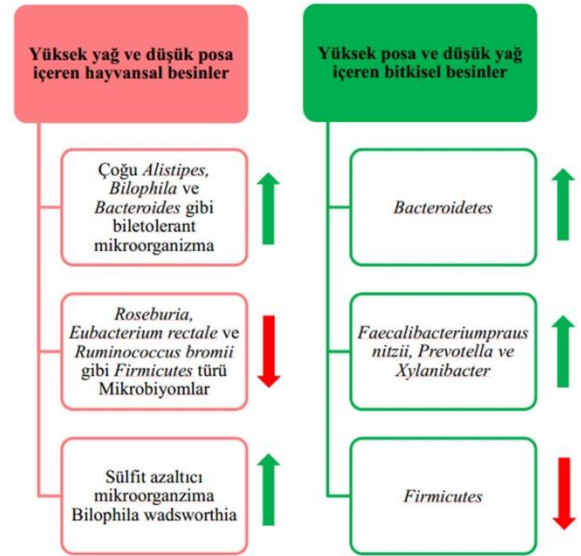
mikrobiyotadaki *Lactobacillus* cinsi mikrobiyotalar demir eksikliği ile paralel olarak düşüme eğilimindedir. Fakat demir eksikliğini mi *Lactobacillus* cinsi mikrobiyotaların azalmasına neden olduğu *Lactobacillus* cinsi mikrobiyotaların azalmasının mı demir eksikliğine neden olduğu belirsizliğini korumaktadır. *Lactobacillus* cinsi mikrobiyotalar çoğalma ve gelişme için demire gereksinim duymaktadırlar. Bu nedenle demir eksikliği olan bireylerin intestinal sisteminde *Lactobacillus* cinsi mikrobiyotaların sayılarında azalma olabilmektedir.⁶¹ Ratlar üzerinde yapılan başka bir çalışmada intestinal lumen Fe konsantrasyonundaki azalma *Desulfovibrio spp.* türünün kolonizasyonunda azalmaya neden olurken *Turicibacter spp* türünün kolonizasyonunda artmaya sebep olmaktadır.⁶² Bir başka çalışmada demir eksikliği olan bebeklere 3 ay süre ile Fe suplementasyonu yapılmış sonucunda *Bacteroides spp* türünde önemli düzeyde artış olurken *Lactobacillus* cinsi mikrobiyotaların miktarı azalmıştır.⁶³ Ayrıca intestinal sistem Zn emilimi için önemli bir organdır. Zn iyonları bir çok organizmanın yapısında bulunan katalitik ve yapısal proteine etki ederek insan genomunun % 10 ve bakteriyel genomun yaklaşık% 5 etki etmektedir. Çinko biyoyararlanımının yetersiz olması, intestinal mikrobiyotadaki kısa zincirli yağ asitlerinin sentezini sağlayan *Clostridium* cinsi mikrobiyotaların kolonizasyonunu etkileyerek Zn eksikliğinde meydana gelebilecek etkileri minimize etmeye çalışmaktadır. Zn dengesinin sağlanamaması durumunda Zn eksikliği ile intestinal mikrobiyotada kısa zincirli yağ asitleri konsantrasyonunun düşmesi yani *Enterococcus spp.*, *Clostridium clusters IV* ve *XIVa* paralellik gösterirken *Clostridium indolis* zıtlık göstermektedir.⁶⁴

Diyet Örüntüsü ile İntestinal Mikrobiyota Arasındaki İlişki

İntestinal mikrobiyota yapılan araştırmalar diyet örüntüsünün intestinal mikrobiyotanın kompozisyonunu ve fonksiyonel yeteneklerini değiştirmekte anahtar rol oynadığını ortaya koymuştur.^{65, 66} Bazı

araştırmacıların çeşitli dönemlerde yaşayan insanların iskeletlerini, dişlerini ve oral mikrobiyotalarını inceledikleri araştırmalar ile bu hipotez desteklenmiştir. İnsan intestinal mikrobiyotasında en önemli değişikliklerin insanlık tarihinde avcı toplayıcı paleolitik çağdan, yerleşik hayat olan neolitik Çağ'a (10000 yıl önce) geçişte karbonhidrat bakımından zengin bir diyet örüntüsünün tüketilemeye başlanmasıyla meydana geldiği tespit edilmiştir.^{67, 68} Mikrobiyota üzerine ilk etki doğumdan sonra hemen başlamakta, anne sütü ve formula besinlerin etkisiyle devam etmektedir. Anne sütü ile beslenen çocuklar ile formula besinler ile beslenen çocukların intestinal mikrobiyotaların da önemli farklılıklar meydana gelmektedir.⁶⁹ Anne sütü ile beslenen bebeklerin intestinal mikrobiyotasında da *Bifidobacterium* ve *Lactobacillus* kolonizasyon sağlarken formula besinle beslenen bebeklerin intestinal mikrobiyotasında *Enterococcus*, *Enterobacteria*, *Bacteroides*, *Clostridium*, ve diğer anaerobik *Streptococcus* cinsi bakteriler kolonizasyon sağlamaktadır.⁷⁰ Anne sütü fizyolojik ve besleyici özelliklerinin yanı sıra birçok biyoaktif madde içermektedir. Bu biyoaktif maddeler besin sindiriminde ve taşınmasında, immün sistem ve anti mikrobiyal savunma mekanizmasında rol almaktadır.⁷¹ Doğum ile başlayan intestinal mikrobiyotanın kompozisyonunu, çeşitliliğini ve zenginliğini şekillendirmede diyet örüntüsünün etkisi yaşam boyunca devam etmektedir.⁷² Diyet posası kompleks karbonhidratlara (sindirilebilir ve sindirilemez) ve oligosakaritlere ayrılmaktadır ve ince bağırsaktan sindirilmeden geçen bu kompleks yapılar kolonda fermentasyon yoluyla intestinal mikrobiyota üzerine güçlü etkide bulunmaktadır.¹⁶ Besinler ile birlikte dört çeşit (RS1 - RS4) dirençli nişasta tüketilmektedir.⁷³ Besinler ile alınan dirençli nişasta tipleri, bitki hücre duvar polimerlerinden korunma (tip 1), granüler yapı (tip 2), retrogradasyon (ısıtma ve soğutma sonucu) (tip 3) veya kimyasal çapraz bağlamadan (tip 4) sorumludur.⁷⁴ Tip 2 (RS2) türü dirençli nişastanın kolonda fermentasyonu, *Ruminococcus spp.* ve

Eubacterium rectale türü mikrobiyomların kolonizasyonunu arttırırken, Tip 3 (RS3) *Eubacterium rectale*, *Roseburia spp.* ve *Ruminococcus bromii* türü mikrobiyomların kolonizasyonunu arttırmaktadır.⁷⁵ Sadece kompleks karbonhidratlar değil aynı zamanda oligosakaritler (fruktanlar, inülin), frukto-oligosakaritler (FOS), Galakto-oligosakaritler (GOS) ve Arabinoksilan-oligosakaritler gibi de intestinal mikrobiyota modifikasyonunda rol oynamaktadır. İnulin ve FOS'lar, *Bifidobacterium spp* ve *Lactobacillus spp.* kolonizasyonunu arttırırken fruktan takviyesi, *Bacteroides spp*, *Faecalibacterium prausnitzii* ve *Clostridium spp* kolonizasyonunu azaltmaktadır.^{76, 77} Diyet örüntüsündeki farklılıkların intestinal mikrobiyotaya etkisinin araştırıldığı 10 gönüllü birey üzerinde yapılan çalışmada hayvansal kaynaklı yüksek yağ ve düşük posalı besinler ile beslenen insanların mikrobiyotasında bile-tolerant mikroorganizmalar *Alistipes*, *Bilophila*, *Bacteroides* ve *Bilophila wadsworthia* (bir sülfid azaltıcı bakteri), kolonizasyonu yüksek ve *Firmicutes* cinsi mikroorganizma kolonizasyonu düşük bulunurken bitkisel kaynaklı düşük yağ ve yüksek posa içeriğine sahip polisakaritler ile beslenen insanların mikrobiyotasında *Firmicutes* cinsi (*Roseburia*, *Eubacterium rectale* ve *Ruminococcus bromii*) cinsi mikroorganizma kolonizasyonu yüksek bulunmuştur.⁷⁸ Diyet örüntüsünün intestinal mikrobiyota kompozisyonuna etkisi şekil 3'de sunulmuştur.⁷⁸



Şekil 3. Diyet örüntüsünün intestinal mikrobiyota kompozisyonuna etkisi.⁷⁸

Filippo ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılan bir çalışmada, bitkisel kaynaklı posa içeriği yüksek diyet tüketen Burkina Fasolu çocukların intestinal mikrobiyotasında *Prevotella* ve kısa zincirli yağ asitlerinin sentezinde rol alan *Xylanibacter* cinsi mikroorganizmalar kolonizasyon sağlamışken, posa içeriği düşük protein ve nişasta içeriği yüksek diyet ile beslenen Avrupa'lı çocukların mikrobiyotasında *Bacteroides* cinsi mikroorganizmaların kolonizasyonunun olduğu tespit edilmiştir.⁷⁹ Ayrıca selüloz ve ksilan türü posa içeriği yüksek diyet tüketimi diğer inflamasyona ve enfeksiyona karşı kolonu koruyan kısa zincirli yağ asitlerinin sentezleyicisi olan *Faecalibacterium prausnitzii* türünün kolonizasyonunu arttırmaktadır.⁸⁰ Diyet polifenollerini sistemik antibiyotik ve metabolik fonksiyonların yanı sıra, intestinal bakterilerin baskılanmasında rol oynamaktadır. Polifenolik bileşik olan quercetin *Bacteroides distasonis*, *Bacteroides uniformis*, *Bacteroides ovatus*, *Enterococcus casseliflavus* ve *Eubacterium ramulus* türleri tarafından hesperetin aglikonuna indirgenerek *Staphylococcus aureus* ve *H. pylori* türleri üzerinde inhibitör edici etki göstermektedir. Su yosunları antibakteriyel, antioksidan, anti-enflamatuar, antikoagulan, antiviral ve apoptotik etkileriyle biyolojik olarak aktif ve yaklaşık % 50 - 60 suda çözünür posa, aynı zamanda da sülfatlanmış

polisakaritler açısından zengin kaynaklardır.⁸¹ Yapılan çalışmada ticari formdaki Geldium su yosunu suplementasyonu yapılan insanlar da

Bifidobacterium cinsi mikroorganizma sayısında kısa zincirli yağ asitlerinin sentezinde önemli artış sağlanmıştır.¹⁸

SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğum ile birlikte başlayan hayatta sağlıklı intestinal mikrobiyota kurmak, sağlıklı yaşamı devam ettirmenin altın anahtarlarından biridir. Mikrobiyota kolonizasyonu doğum başlayıp anne sütü ve yaşamın ilerleyen dönemlerinde diyetin etkisi ile devam etmektedir. Beslenme ve yaşam tarzı intestinal mikrobiyota farklılaşmasının önemli çevresel faktörlerdir. Farklılaşan mikrobiyota metabolik, immünolojik ve nörolojik olarak organizmayı etkilemektedir. İntestinal mikrobiyota doğrudan ya da dolaylı olarak, çeşitli hastalıkların başlamasına etki etmektedir. Çoğu hastalık insan vücudunu sistematik olarak kontrol eden ve ikinci beyin olarak adlandırılan intestinal sistemin dysbiosis ile ilişkilidir. Bu nedenle ya bazı hastalıklar sonucunda intestinal mikrobiyota dengesi bozulmakta ya da intestinal

mikrobiyota dengesi bozulduğu için hastalıklar bazı meydana gelmektedir. Sonuç olarak makro ve mikro besin öğelerinin intestinal mikrobiyota ile ilişkisi yadsınamaz. Yeterli ve dengeli beslenme ile intestinal mikrobiyotanın gelişimi, sağlık açısından önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle bireylerin intestinal mikrobiyotasını güçlendirecek biçimde, gereksinimlerine uygun, yeterli ve dengeli beslenmesi önemli bir gerekliliktir. Bu kapsamda ülkemizde de intestinal mikrobiyota ve mikro besin öğeleri etkileşimine yönelik çalışmaların yapılması ve bununla birlikte sağlıklı mikrobiyota oluşumunu sağlayan besin öğelerinin kültürümüze uygun biçimde tanımlanması için gerekli olan çalışmaların yapılması önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Ley RE, Bäckhed F, Turnbaugh P, Lozupone CA, Knight RD, Gordon JI. Obesity alters gut microbial ecology. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2005; 102:11070-5.
2. Hooper LV, Midtvedt T, Gordon JI. How host-microbial interactions shape the nutrient environment of the mammalian intestine. Annual review of nutrition. 2002; 22:283-307.
3. Consortium HMP. Structure, function and diversity of the healthy human microbiome. Nature. 2012; 486:207-14.
4. Qin J, Li R, Raes J, Arumugam M, Burgdorf KS, Manichanh C, et al. A human gut microbial gene catalogue established by metagenomic sequencing. nature. 2010; 464:59-65.
5. Bäckhed F, Manchester JK, Semenkovich CF, Gordon JI. Mechanisms underlying the resistance to diet-induced obesity in germ-free mice. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2007; 104:979-84.
6. Çelebi G, Uygun A. İntestinal Mikrobiyota ve Fekal Transplantasyon. Güncel gastroenteroloji. 2013;17/2.
7. Cabreiro F, Au C, Leung K-Y, Vergara-Irigaray N, Cochemé HM, Noori T, et al. Metformin retards aging in *C. elegans* by altering microbial folate and methionine metabolism. Cell. 2013; 153:228-39.
8. Biesalski HK. Nutrition meets the microbiome: micronutrients and the microbiota. Annals of the New York Academy of Sciences. 2016; 1372:53-64.
9. Walker W. Protective nutrients and bacterial colonization in the immature human gut. Advances in pediatrics. 1998; 46:353-82.
10. Lozupone CA, Stombaugh JI, Gordon JI, Jansson JK, Knight R. Diversity, stability and resilience of the human gut microbiota. Nature. 2012; 489:220-30.
11. Martín R, Miquel S, Ulmer J, Kechaou N, Langella P, Bermúdez-Humarán LG. Role of commensal and probiotic bacteria in human health: a focus on inflammatory bowel disease. Microbial cell factories. 2013; 12:1.
12. Frank DN, Amand ALS, Feldman RA, Boedeker EC, Harpaz N, Pace NR. Molecular-phylogenetic characterization of microbial community imbalances in human inflammatory bowel diseases. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2007; 104:13780-5.
13. Hamady M, Knight R. Microbial community profiling for human microbiome projects: Tools, techniques, and challenges. Genome research. 2009; 19:1141-52.
14. Conlon MA, Bird AR. The impact of diet and lifestyle on gut microbiota and human health. Nutrients. 2014; 7:17-44.
15. Jandhyala SM, Talukdar R, Subramanyam C, Vuyyuru H, Sasikala M, Reddy DN. Role of the normal gut microbiota. World Journal of Gastroenterology: WJG. 2015; 21:8787.
16. Bibbò S, Ianiro G, Giorgio V, Scaldaferrì F, Masucci L, Gasbarrini A, et al. The role of diet on gut microbiota composition. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2016; 20:4742-9.
17. Guarner F, Malagelada J-R. Gut flora in health and disease. The Lancet. 2003; 361:512-9.
18. Rannani P, Chittarari R, Tuohy K, Grant J, Hotchkiss S, Philp K, et al. In vitro fermentation and prebiotic potential of novel low molecular weight polysaccharides derived from agar and alginate seaweeds. Anaerobe. 2012; 18:1-6.
19. Li D, Wang P, Wang P, Hu X, Chen F. The gut microbiota: a treasure for human health. Biotechnology Advances. 2016; 34:1210-24.
20. Karlsson FH, Fåk F, Nookaew I, Tremaroli V, Fagerberg B, Petranovic D, et al. Symptomatic atherosclerosis is associated with an altered gut metagenome. Nature communications. 2012; 3:1245.

21. Lyra A, Rinttilä T, Nikkilä J, Krogius-Kurikka L, Kajander K, Malinen E, et al. Diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome distinguishable by 16S rRNA gene phylotype quantification. *World J Gastroenterol.* 2009; 15:5936-45.
22. Jeffery IB, O'Toole PW, Öhman L, Claesson MJ, Deane J, Quigley EM, et al. An irritable bowel syndrome subtype defined by species-specific alterations in faecal microbiota. *Gut.* 2012; 61:997-1006.
23. DiBaise JK, Zhang H, Crowell MD, Krajmalnik-Brown R, Decker GA, Rittmann BE, editors. Gut microbiota and its possible relationship with obesity. *Mayo Clinic Proceedings;* 2008: Elsevier.
24. Macfarlane S, Macfarlane GT. Regulation of short-chain fatty acid production. *Proceedings of the Nutrition Society.* 2003; 62:67-72.
25. Morgan XC, Tickle TL, Sokol H, Gevers D, Devaney KL, Ward DV, et al. Dysfunction of the intestinal microbiome in inflammatory bowel disease and treatment. *Genome biology.* 2012; 13:1.
26. Cummings JH, Englyst HN. Fermentation in the human large intestine and the available substrates¹2. *fuel.* 1987; 9:11.
27. Samuel BS, Shaito A, Motoike T, Rey FE, Backhed F, Manchester JK, et al. Effects of the gut microbiota on host adiposity are modulated by the short-chain fatty-acid binding G protein-coupled receptor, Gpr41. *Proceedings of the National Academy of Sciences.* 2008; 105:16767-72.
28. Bourriaud C, Akoka S, Goupy S, Robins R, Cherbut C, Michel C. Butyrate production from lactate by human colonic microflora. **REPRODUCTION NUTRITION DEVELOPMENT.** 2002; 42:S55-S.
29. Cantarel BL, Lombard V, Henrissat B. Complex carbohydrate utilization by the healthy human microbiome. *PLoS one.* 2012; 7:e28742.
30. Magwira C, Kullin B, Lewandowski S, Rodgers A, Reid S, Abratt V. Diversity of faecal oxalate-degrading bacteria in black and white South African study groups: insights into understanding the rarity of urolithiasis in the black group. *Journal of applied microbiology.* 2012; 113:418-28.
31. Hooper LV, Wong MH, Thelin A, Hansson L, Falk PG, Gordon JI. Molecular analysis of commensal host-microbial relationships in the intestine. *Science.* 2001; 291:881-4.
32. Ramakrishna BS. Role of the gut microbiota in human nutrition and metabolism. *Journal of gastroenterology and hepatology.* 2013; 28:9-17.
33. Hollister EB, Gao C, Versalovic J. Compositional and functional features of the gastrointestinal microbiome and their effects on human health. *Gastroenterology.* 2014; 146:1449-58.
34. O'Shea EF, Cotter PD, Stanton C, Ross RP, Hill C. Production of bioactive substances by intestinal bacteria as a basis for explaining probiotic mechanisms: bacteriocins and conjugated linoleic acid. *International journal of food microbiology.* 2012; 152:189-205.
35. Marín L, Miguélez EM, Villar CJ, Lombó F. Bioavailability of dietary polyphenols and gut microbiota metabolism: antimicrobial properties. *BioMed research international.* 2015; 2015.
36. Feitoza AB, Pereira AF, da Costa NF, Ribeiro BG. Conjugated linoleic acid (CLA): effect modulation of body composition and lipid profile. *Nutr Hosp.* 2009; 24:422-8.
37. Velagapudi VR, Hezaveh R, Reigstad CS, Gopalacharyulu P, Yetukuri L, Islam S, et al. The gut microbiota modulates host energy and lipid metabolism in mice. *Journal of lipid research.* 2010; 51:1101-12.
38. LeBlanc JG, Milani C, de Giori GS, Sesma F, Van Sinderen D, Ventura M. Bacteria as vitamin suppliers to their host: a gut microbiota perspective. *Current opinion in biotechnology.* 2013; 24:160-8.
39. Rossi M, Amaretti A, Raimondi S. Folate production by probiotic bacteria. *Nutrients.* 2011; 3:118-34.
40. Gu BQ, Li P. Biosynthesis of Vitamins by Probiotic Bacteria. In: Rao V, Rao LG, editors. *Probiotics and Prebiotics in Human Nutrition and Health* 2016.
41. Kerns JC, Arundel C, Chawla LS. Thiamin deficiency in people with obesity. *Advances in Nutrition: An International Review Journal.* 2015; 6:147-53.
42. Du Q, Wang H, Xie J. Thiamin (vitamin B1) biosynthesis and regulation: a rich source of antimicrobial drug targets. *Int J Biol Sci.* 2011; 7:41-52.
43. Champagne CP, Tompkins TA, Buckley ND, Green-Johnson JM. Effect of fermentation by pure and mixed cultures of *Streptococcus thermophilus* and *Lactobacillus helveticus* on isoflavone and B-vitamin content of a fermented soy beverage. *Food microbiology.* 2010; 27:968-72.
44. Hill M. Intestinal flora and endogenous vitamin synthesis. *European Journal of Cancer Prevention.* 1997; 6:S43-S5.
45. Bacher A, Eberhardt S, Fischer M, Kis K, Richter G. Biosynthesis of vitamin B2 (riboflavin). *Annual review of nutrition.* 2000; 20:153-67.
46. Sonenshein AL, Hoch JA, Losick R. *Bacillus subtilis* and its closest relatives: from genes to cells: Asm Press; 2002.
47. LeBlanc J, Laiño J, del Valle MJ, Vannini V, Van Sinderen D, Taranto M, et al. B-Group vitamin production by lactic acid bacteria—current knowledge and potential applications. *Journal of applied microbiology.* 2011; 111:1297-309.
48. Magnúsdóttir S, Ravcheev D, de Crécy-Lagard V, Thiele I. Systematic genome assessment of B-vitamin biosynthesis suggests co-operation among gut microbes. *Frontiers in genetics.* 2015; 6:148.
49. M. A. Beslenme Biyokimyası. Ankara: Hatiboğlu Basım 2011.
50. Degnan PH, Taga ME, Goodman AL. Vitamin B 12 as a modulator of gut microbial ecology. *Cell metabolism.* 2014; 20:769-78.
51. Grune T, Lietz G, Palou A, Ross AC, Stahl W, Tang G, et al. β -Carotene is an important vitamin A source for humans. *The Journal of nutrition.* 2010; 140:2268S-85S.
52. Culligan E, Sleator R, Marchesi J, Hill C, Friedberg I. Metagenomic Identification of a Novel Salt Tolerance Gene from the Human Gut Microbiome Which. 2014.
53. Konieczna P, Ferstl R, Ziegler M, Frei R, Nehrass D, Lauener RP, et al. Immunomodulation by *Bifidobacterium infantis* 35624 in the murine lamina propria requires retinoic acid-dependent and independent mechanisms. *PLoS one.* 2013; 8:e62617.
54. Cross HS, Nittke T, Peterlik M. Modulation of vitamin D synthesis and catabolism in colorectal mucosa: a new target for cancer prevention. *Anticancer research.* 2009; 29:3705-12.
55. Lucas RM, Gorman S, Geldenhuys S, Hart PH. Vitamin D and immunity. *F1000Prime Rep.* 2014; 6:118.
56. Zeeuwen PL, Kleerebezem M, Timmerman HM, Schalkwijk J. Microbiome and skin diseases. *Current opinion in allergy and clinical immunology.* 2013; 13:514-20.
57. Appleyard CB, Cruz ML, Isidro AA, Arthur JC, Jobin C, De Simone C. Pretreatment with the probiotic VSL# 3 delays transition from inflammation to dysplasia in a rat model of colitis-associated cancer. *American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology.* 2011; 301:G1004-G13.
58. McCullough F, Northrop-Clewes C, Thurnham D. The effect of vitamin A on epithelial integrity. *Proceedings of the Nutrition Society.* 1999; 58:289-93.
59. Balamurugan R, Mary RR, Chittaranjan S, Jancy H, Devi RS, Ramakrishna BS. Low levels of faecal lactobacilli in women with iron-deficiency anaemia in south India. *British journal of nutrition.* 2010; 104:931-4.
60. Dostal A, Lacroix C, Bircher L, Pham VT, Follador R, Zimmermann MB, et al. Iron Modulates Butyrate Production by a Child Gut Microbiota In Vitro. *mBio.* 2015; 6:e01453-15.
61. Scholz-Ahrens KE, Schrezenmeir J. Inulin and oligofructose and mineral metabolism: the evidence from animal trials. *The Journal of nutrition.* 2007; 137:2513S-23S.
62. Dostal A, Lacroix C, Pham VT, Zimmermann MB, Del'homme C, Bernalier-Donadille A, et al. Iron supplementation promotes gut microbiota metabolic activity but not colitis markers in human gut microbiota-associated rats. *British Journal of Nutrition.* 2014; 111:2135-45.
63. Dostal A, Fehlbaum S, Chassard C, Zimmermann MB, Lacroix C. Low iron availability in continuous in vitro colonic fermentations induces strong dysbiosis of the child gut microbial consortium and a decrease in main metabolites. *FEMS microbiology ecology.* 2013; 83:161-75.

64. Roohani N, Hurrell R, Kelishadi R, Schulin R. Zinc and its importance for human health: An integrative review. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2013; 18:144-57.
65. Louis P, Hold GL, Flint HJ. The gut microbiota, bacterial metabolites and colorectal cancer. *Nature reviews Microbiology*. 2014; 12:661-72.
66. Davenport ER, Mizrahi-Man O, Michelini K, Barreiro LB, Ober C, Gilad Y. Seasonal variation in human gut microbiome composition. *PLoS one*. 2014; 9:e90731.
67. Chan YK, Estaki M, Gibson DL. Clinical consequences of diet-induced dysbiosis. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 2013; 63:28-40.
68. Adler CJ, Dobney K, Weyrich LS, Kaidonis J, Walker AW, Haak W, et al. Sequencing ancient calcified dental plaque shows changes in oral microbiota with dietary shifts of the Neolithic and Industrial revolutions. *Nature genetics*. 2013; 45:450-5.
69. Albenberg LG, Wu GD. Diet and the intestinal microbiome: associations, functions, and implications for health and disease. *Gastroenterology*. 2014; 146:1564-72.
70. Groer MW, Luciano AA, Dishaw LJ, Ashmeade TL, Miller E, Gilbert JA. Development of the preterm infant gut microbiome: a research priority. *Microbiome*. 2014; 2:1.
71. Brown EM, Sadarangani M, Finlay BB. The role of the immune system in governing host-microbe interactions in the intestine. *Nature immunology*. 2013; 14:660-7.
72. Walker AW, Ince J, Duncan SH, Webster LM, Holtrop G, Ze X, et al. Dominant and diet-responsive groups of bacteria within the human colonic microbiota. *The ISME journal*. 2011; 5:220-30.
73. Scott KP, Gratz SW, Sheridan PO, Flint HJ, Duncan SH. The influence of diet on the gut microbiota. *Pharmacological research*. 2013; 69:52-60.
74. Flint HJ, Scott KP, Duncan SH, Louis P, Forano E. Microbial degradation of complex carbohydrates in the gut. *Gut microbes*. 2012; 3:289-306.
75. Leitch E, Walker AW, Duncan SH, Holtrop G, Flint HJ. Selective colonization of insoluble substrates by human faecal bacteria. *Environmental microbiology*. 2007; 9:667-79.
76. Scott KP, Martin JC, Chassard C, Clerget M, Potrykus J, Campbell G, et al. Substrate-driven gene expression in *Roseburia inulinivorans*: importance of inducible enzymes in the utilization of inulin and starch. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2011; 108:4672-9.
77. Dewulf EM, Cani PD, Claus SP, Fuentes S, Puylaert PG, Neyrinck AM, et al. Insight into the prebiotic concept: lessons from an exploratory, double blind intervention study with inulin-type fructans in obese women. *Gut*. 2012; gutjnl-2012-303304.
78. Kumar M, Babaei P, Ji B, Nielsen J. Human gut microbiota and healthy aging: Recent developments and future prospective. *Nutrition and Healthy Aging*. 1-14.
79. De Filippo C, Cavalieri D, Di Paola M, Ramazzotti M, Poullet JB, Massart S, et al. Impact of diet in shaping gut microbiota revealed by a comparative study in children from Europe and rural Africa. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2010; 107:14691-6.
80. Sokol H, Pigneur B, Watterlot L, Lakhdari O, Bermúdez-Humarán LG, Gratadoux J-J, et al. *Faecalibacterium prausnitzii* is an anti-inflammatory commensal bacterium identified by gut microbiota analysis of Crohn disease patients. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2008; 105:16731-6.
81. Dueñas M, Muñoz-González I, Cueva C, Jiménez-Girón A, Sánchez-Patán F, Santos-Buelga C, et al. A survey of modulation of gut microbiota by dietary polyphenols. *BioMed research international*. 2015; 2015.

Sağlığı Geliştirmenin En Kolay Yolu: Okul Sağlığı

The Easiest Way to Promote Health: School Health

Turgut ŞAHİNÖZ¹, Saime ŞAHİNÖZ², Aydın KIVANÇ¹

ÖZET

Bir ülkenin en önemli kaynağı yeraltı kaynağı değil, insan kaynağıdır.

İnsan hayatının, ilk ve en önemli yıllarının okullarda geçtiği düşünülürse; sağlığı korumak ve geliştirmek için en elverişli dönemin okul dönemi olduğu anlaşılmaktadır.

Bu makalenin amacı; sağlığımızın her geçen gün daha da kötüye gittiği zamanımızda okul sağlığına dikkat çekmek ve güncel verileri yorumlayarak okul sağlığına yeni bir bakış açısı kazandırmaktır.

Bireylere sağlıklı bir yaşam tarzı kazandıran aile ve okul; sağlıklı bir toplum oluşturabilmek için de önemli bir fırsat sunmaktadır. Bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal sağlıklarını bu günden korumak, mutlu ve sağlıklı bir toplum temelini oluşturmaktadır.

Sağlıklı okul; öğrencilerin, öğretmenlerin, öğretmen dışı personelin ve okulla etkileşim içinde olan herkesin sağlığıyla ilgilenen bir oluşumdur.

Okul sağlığı; sadece projelerle yürütülemeyecek kadar geniş kapsamlı ve süreklilik isteyen entegre bir hizmettir. Bu nedenle okul sağlığı hizmetlerinin, mutlaka okul içerisinde kurulacak okul sağlığı birimi ile birinci basamak sağlık kurumlarından destek alınarak yürütülmesi, yetiştirilecek okul sağlığı memurunun okullarda istihdam edilmesi okul sağlığı alanında atılabilecek en önemli adımlar olacağı kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Okul Sağlığı, Sağlığı Geliştirme, Öğrenci.

ABSTRACT

The most important source of a country is human resources, not underground resources.

If it is believed that the first and most important years of human life passes through the schools; it is understood that the most favorable period for protecting and promoting health is the school period.

The purpose of this article is; In today's world where human health is getting worse every day, to draw attention to school health and to give a new perspective to school health by interpreting current data.

Families and schools that give individuals a healthy lifestyle also provide an important opportunity to create a healthy society. Protecting the physical, mental and social health of individuals from the school age is the foundation of a happy and healthy society.

Healthy school is an organization that is interested in the health of students, teachers, non-teacher staff, and anyone who interacts with the school.

School health; is an integrated service that is comprehensive and cannot be carried out only by projects. For this reason, we believe that school health services must be carried out with the support from the primary health care institutions through the school health units to be established in the school and by trained school health officers employed at school are the most important steps that can be taken in the field of school health.

Key Words: School Health, Health Promotion, Student

¹Yrd. Doç. Dr. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.
²Doç. Dr. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.

GİRİŞ VE AMAÇ

Hayatımızın en önemli 20 yılının okullarda geçtiği düşünülürse; sağlığı korumak ve geliştirmek için en elverişli dönemin okul dönemi olduğu anlaşılmaktadır.

Okul sağlığı; geleceğin toplumunu oluşturacak bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal sağlıklarını bu günden korumak, mutlu ve sağlıklı bir toplum oluşturmak demektir.

Ülkemizin nüfusunun yaklaşık dörtte biri öğrencilerden oluşmaktadır. Buna öğretmenler, veliler ve okulda çalışan diğer personel de eklendiğinde ülke nüfusunun yarısından fazlasını kapsamaktadır. Bu nedenle okul sağlığı, ülke nüfusunun yarısını doğrudan, tamamını ise dolaylı olarak ilgilendirmektedir.

Tablo 1. Ülkemizdeki Okul, Öğretmen ve Öğrenci Sayıları (2016 – 2017 Eğitim-Öğretim Yılı)¹

	Okul Sayısı	Öğretmen Sayısı	Öğrenci Sayısı
Okul Öncesi	29 293	77 109	1 326 123
İlkokul	29 169	282 043	5 593 910
Ortaokul	16 987	269 759	5 566 986
Lise	5 225	147 052	3 136 440
Üniversite	3 729	151 763	6 627 505
TOPLAM	84 403	927 726	22 250 964

Tablo 1’de görüldüğü üzere ülkemizde yaklaşık 900 bin öğretmen ve 22 milyon öğrenci bulunmaktadır.¹ Bu sayılar birçok ülkenin nüfusundan fazladır. Nüfusumuz her geçen yıl artıyor olsa bile halen birçok ülkeye göre genç nüfusumuz oldukça fazladır. Öğrenciler, toplam nüfusun yaklaşık yüzde 32’sini oluşturmaktadır.²

Ülkemizdeki okul sağlığı çalışmalarının tarihçesine baktığımızda; 1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda okul sağlığının devletin yükümlülüğü olduğu ve Sağlık Bakanlığı tarafından yürütüleceği belirtilmektedir.³ 1962 yılında 7. Milli Eğitim Şurasında okul sağlığı hizmetleri için okul hekimi ve okul hemşiresi yetiştirilmesi kararı alınmıştır ancak günümüzde halen okul

sağlığı hekimi ve hemşiresi yetiştiren lisans düzeyinde bir eğitim programı bulunmamaktadır.⁴ Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi olarak 2010 yılından beri Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK)’na 3 kez önerdiğimiz halde “Okul Sağlığı Lisans Programı” hiçbir gerekçe gösterilmeden reddedilmiştir. Ülkemizde okul sağlığı ile ilgili sertifika ve yüksek lisans programları bulunmaktadır.

Milli Eğitim Bakanlığı tarafından 1984 yılında yayımlanan ve 1992 yılında yeniden düzenlenen “Sağlık Hizmetleri Uygulama Rehberi” okullarda sunulacak sağlık hizmetlerinin çerçevesini belirlemiştir.⁴

Ülkemizde okul sağlığı kapsamında bir takım projeler yürütülmektedir. Ancak kapsamlı ve sistematik bir okul sağlığı programı yoktur. Bazı okullarda revir bulunmaktadır ancak, “okul sağlığı birimi” hiçbir okulda bulunmamaktadır. Özel okulların bazılarında hemşire hatta hekim bulunmaktadır ancak bu sayı, kayda alınamayacak kadar azdır.⁵

Sağlık Bakanlığı tarafından koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında 2004 yılında başlatılan bir çalışmanın ürünü olan ve okullarda sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesine yönelik bilgiler içeren “Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı” okul sağlığı konusunda sağlık personeline bilgi sağlamak amacıyla hazırlanmıştır ve internet üzerinden elektronik haline ulaşılabilmektedir.⁶

Bireylere sağlıklı bir yaşam tarzı kazandıran aile ve okul; sağlıklı bir toplum oluşturabilmek için önemli bir fırsat sunmaktadır. Bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal sağlıklarını bu günden korumak, mutlu ve sağlıklı bir toplum temelini oluşturmaktadır.⁷

Sağlığı korumak, geliştirmek ve sağlıklı bir toplum oluşturmak için; çocuklara ve gençlere yaşamları boyunca uygulayacakları sağlıklı bir yaşam modeli geliştirmemiz gerekmektedir. Bu model, okullarda geliştirilmeli; öğretmenler, anne-babalar,

toplum liderleri ve medya tarafından da desteklenmelidir.

Öğrenilen sağlık bilgileri; okul, aile ve toplumun desteği ile pekiştirilmektedir. Buna "**gizli müfredat**" denilmektedir. Sınıfta öğretilenlerin; toplumun değerleriyle örtüşmemesi durumunda, öğrencilerin gözünde mesajın değerini azaltır.⁸

Yaşam biçimi haline gelmiş davranış ve tutumları değiştirmek çok zordur. Yaşam biçimleri, hayatımızın çocukluk ve gençlik dönemleri içinde edindiğimiz alışkanlıklardan kaynaklanırlar. Hiç kimse sağlığa zararlı bir yaşam biçimini isteyerek seçmez. Ana ve babalar da çocuklarının sağlıklı olmalarını ve dolayısıyla sağlıklı yaşam biçimleri seçmelerini isterler.

Okulları bir gecede değiştirip "Sağlıklı okullar" haline getirmemiz mümkün değildir. Küçük değişiklikler yaparak, bir süreç sonunda, büyük bir değişim oluşturabiliriz. Sağlıklı okul; tüm üyelerinin, öğrencilerinin, öğretmenlerinin, öğretmen dışındaki personelinin ve kendisiyle etkileşim içindeki herkesin sağlığıyla ilgilenen bir oluşumdur. Sağlıklı öğrencilerin daha iyi öğrendikleri ve sağlıklı öğretmenlerin de daha iyi öğrettikleri uzun yıllardan beri kabul edilmektedir.⁹

Bu makalenin amacı; sağlığımızın her geçen gün daha da kötüye gittiği zamanımızda okul sağlığına dikkat çekmek ve güncel verileri yorumlayarak okul sağlığına yeni bir bakış açısı kazandırmaktır.

Okulların sağlık düzeyini belirleyebilmek için bazı ölçütler kullanmamız gerekmektedir. Bu ölçütler şunlar olabilir;

1. Sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinin düzeyi
2. Öğrencilerin ve personelin sağlık durumları
3. Öğrencilerin, sağlığı koruma ve geliştirme sürecine katılması
4. Müfredat içinde sağlık eğitimine ayrılan zaman
5. Sağlıklı bir okul çalışmalarına ayrılan zaman
6. Okul, ev ve kurumlar arasındaki işbirliğinin düzeyi
7. Okuldaki yemek ve kantin hizmetlerine verilen önem
8. Personele ve ana-babalara yapılan sağlık eğitimi/sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri
9. Sağlıklı davranışların kazanılmasına verilen önem

10. Okul personelinin sağlıklı yaşam davranışları
11. Öğrencilerin, ana-babaların ve personelin öz saygılarının gelişmişlik düzeyi
12. Öğrencilere başarılı olmalarını sağlayacak motivasyonun verilmesi
13. Stres önleme çalışmaları
14. Okul dışı faaliyetlerin de sağlığı geliştirme sürecine dahil edilmesi
15. Okulunda bir sağlık biriminin bulunması ve tam zamanlı bir hemşire ile danışman olarak çalışan bir hekimin olması
16. Öğrencilerin sağlık dosyalarının tutulması ve okulun her dönem sağlık raporların hazırlanması

Sağlığı geliştirmeyi hedefleyen bir okulun en az dört önemli görevi olmalıdır. Bunlar;

1. Sağlık Eğitimi

Eğitim, öğretimden farklı bir şeydir. Albert Einstein "Eğitim, okulda öğrendiklerini unuttuktan sonra kalan şeydir" diye eğitimi tanımlamaktadır. Eğitim bilgi aktarımı sonrası beklenen davranış değişikliklerinin gelişmesi ve bilginin yaşam tarzına dönüşmesidir.¹⁰ Başka bir deyişle verilecek sağlık eğitimiyle öğrencilere hem sağlık okuryazarlığı hem de sağlıklı bir yaşam tarzı kazandırılacaktır.

Gerçeklere ilişkin güncel ve güvenilir bilgiye ulaşmadan, hiç kimseden, kendi sağlığı veya yaşam biçimine ilişkin bilinçli, rasyonel veya etkili kararlar alması beklenemez.

Okulda yapılan sağlık eğitimi ile çocukların, sağlıkla ilgili okul öncesi dönemde edindiği olumlu bilgi, tutum ve davranışları pekiştirmek, olumsuz olanları ise değiştirmek mümkün olmaktadır.¹¹

Okulda verilen sağlık eğitiminin 3 amacı olmalıdır;

1. Sağlığı korumak için gerekli ve doğru bilgiyi vermek,
2. Sağlığı korumak ve geliştirmek için gerekli davranışları öğretmek,
3. Sağlıklı bir yaşam için gerekli davranış değişikliklerini oluşturmaktır.

Öğrencilerin sağlıklı alışkanlıklar edinmesi, ailelerini de olumlu yönde etkilemektedir. Araştırmalar, öğrencinin sağlık eğitimi konusunda bir önder olduğunu, aileye ulaşmanın en kolay yolu olduğunu göstermektedir.¹²

Verilecek sağlık eğitimi; öğrencilerin mevcut ve gelecekteki sağlık ihtiyaçlarını esas alan ve öğrencinin gelişimsel dönemlerini hesaba katan bir program dâhilinde olmalıdır. Bu eğitimi verecek personelin nitelik, içerik ve yöntemler hakkında eğitilmesi gereklidir.

Sağlık eğitiminde duygular ve düşünceler göz ardı edilirse, verilen eğitim öğrencilerin yaşamlarında değişiklik yapmayacaktır. Gençlerin duygusal ve sosyal gereksinimlerini gözardı ederek onlara nasıl sağlıklı olacaklarını öğretmeyiz. Örneğin, gençlerin sigara içmelerini istemiyorsak, onlara, sigara içmenin fiziksel sağlıklarını tehlikeye sokacağına ilişkin bilgiler vermek, büyük bir olasılıkla, gençlerin davranışlarını değiştirmeyecektir. Riskler "arkadaşları tarafından kabul edilme" acil ihtiyaçların gerisinde kalacaktır. Gençlerin baskıya direnmeyi öğrenmeleri gerekmektedir. Gençlere iddialı olma becerileri kazandırılmalı ve "hayır" diyebilmeyi öğretmeli ve de yaşlılarının eleştirileri karşısında bile kendilerini iyi hissetmeye devam edecekleri öz saygı kazandırılmalıdır.

Öğretmenler, okullarda sağlığa zararlı alışkanlıklarla savaşmalarının yanı sıra, tüm okul yaşamı boyunca sağlığı geliştirmeye yönelik çalışmalar yapmaktadırlar. Öğretmenler, öğrencilerin sağlıkla ilgili sorularına yanıt vermek zorunda olduklarından, sağlık eğitiminin hem içeriği hem de yöntemleri konusunda desteklenmelidirler. Sağlık eğitimi konusunda, öğretmenlerin öğretme becerilerini geliştirmelerini sağlayacak eğitim kaynakları kısıtlıdır. Yapılan araştırmalar; sağlık eğitimi konusunda öğretmenlerin mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitimlerinin iyileştirilmesi gerektiğini göstermektedir.^{13,14}

Genellikle, çocukların okula hiçbir bilgiye sahip olmadan geldiği düşünülür ve öğretmenler de en alt düzeyden öğretmeye başlarlar. Ancak, yakın zamanda yapılan araştırmalar, çocukların sağlıkla ilgili konulara ilişkin değişik bilgileri olduğunu ortaya çıkarmıştır.^{15,16} Bu nedenle, eğitimde en temel prensip; eğitime başlamadan önce

öğrencilerin mevcut bilgi, tutum ve davranışlarını anketler aracılığı ile belirlemek gereklidir. Öğretmenlerin deneyimleri, değerleri ve tutumları da sağlık eğitiminin etkisini değiştirebilir. Sağlık konusunda eğitim vermeye başlamadan önce, bunların neler olduğunu araştırmak ve aydınlığa kavuşturmak gereklidir. Sağlıklı bir yaşam kültüre sahip öğretmenin sağlığı geliştirmede çok etkili olduğu açıkça ortaya konulmuştur.^{13,17-19}

Öğrencilerine anlayış ve saygı gösterirse; daha çabuk ve daha kolay öğrenmektedir. Öğretmenlerin iyi ilişki kurma becerilerine sahip olmaları ve özellikle, saygı, anlayış ve içtenlik göstermeyi bilmeleri çok önemlidir. Bu konuda eğitim almayan öğretmenlerin çoğu iletişim kurmada başarılı olamamakta ve öğrenme sürecinde öğrencilere yardımcı olmaktan çok, onları engelleyecek şekilde davranmaktadır.²⁰

Öğretmenin rolü, esas olarak kolaylaştırıcı, rehberlik edici bir roldür. Öğrenci, öğrenme sırasında mümkün olduğu kadar aktif bir rol ve sorumluluk almalıdır. Öğrenme esas olarak keşfetme teknikleri ile gerçekleşir. Ağrılık, soru sorma, problem çözme ve karar alma konularına verilmelidir.¹⁹

Sorular sorulması öğrenmenin daha etkili ve kalıcı olmasını sağlamaktadır. Kişilere öğrendiklerini nerede ve nasıl kullanacaklarını düşündürme; öğrenilenlerin daha çok kullanılmasını sağlayacaktır. Bu nedenle, sağlık eğitiminde, öğrenci katılımı ve sorumluluğu çok önemlidir. Öğrencilere, kendi değerleri göz önüne alınarak sağlıklı yaşama becerisi kazandırmak gerekir. Öğretmenler uzman veya yönetici rolünden çok rehberlik rolünü üstlenmelidirler. Araştırmalar, verilen bilgilerin tek başına sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirmeye yetmeyeceğini göstermektedir.¹⁷⁻¹⁹

2. Öğrencilere Sağlıklı Bir Yaşam Biçimi Kazandırmak

Okullar, eğitmekte zorlandıkları öğrencilerin kişiliklerini ezerek, sorunları daha da büyütebilirler. Öğrencilerin çoğu; okulun, öz saygılarını geliştirmek bir yana,

azalttığını düşünmektedir. Böyle öğrenciler çoğu kez kendilerini okul tarafından reddedilmiş olarak görürler. Sonuç olarak; öz değerlerini korumak için, okulun değerlerine ters bir kişilik geliştirirler. Sigara içen veya uyuşturucu kullanan öğrencilerin çoğunun başarısız öğrenciler olması bir rastlantı değildir: böyle bir davranış kendilerine başarıyı hiç tattırmayarak onları reddeden bir okuldan öğ alma yolu olarak görülebilir.²¹

İletişim becerisi; başarılı bir hayat için oldukça önemli bir beceridir ve müfredatın bir parçası olarak öğretilmesi gerekir. Öğretmenler ve öğrenciler mutlu olmadıkça, kendilerini değerli ve anlaşılabilir hissetmedikçe birbirleri ile açık bir şekilde iletişim kuramadıkça hiç bir sağlık programının gerçek anlamda başarılı olması beklenemez.

İyi ilişkilere sahip bir okulda:

- ✓ İnsanlar kendileri gibi davranabilirler.
- ✓ İnsanlar anlaşıldıklarını hissederler.
- ✓ Destek ve güven ortamı vardır.
- ✓ İyi ve açık bir iletişim vardır.
- ✓ Duygular açıklanır ve ciddiye alınır.
- ✓ Sorunlar doğal kabul edilir ve yapıcı bir şekilde ele alınır.
- ✓ Herkes fikrini söyleyebilir ve iyi fikirler kime ait olursa olsun değerlendirilir.
- ✓ İnsanlar kendilerine saygı duyulduğunu ve değer verildiğini hissederler.
- ✓ Kişiler suçlanmaz: Tartışmalar sorun merkezlidir.
- ✓ Güçler tanınır ve değerlendirilir.
- ✓ Hedefler gerçekçidir.
- ✓ Kurallar, sınırlar ve sorumluluklar açıktır.
- ✓ Açık ve olumlu bir liderlik vardır.
- ✓ İnsanlar başarıya nasıl ulaşacaklarını bilirler.
- ✓ Kural, ceza vermekten çok ödül vermektir.
- ✓ Açık bir felsefe ve ortak değerler vardır.
- ✓ Öğrencilere onları ilgilendiren konularda danışılır.
- ✓ Sırlar saklanır. İnsanlarla 'dalga' geçilmez.
- ✓ Zorbalık yoktur.
- ✓ Okul velilerin ziyaretine açıktır.
- ✓ İnsanların sorunları ciddiye alınır.
- ✓ Herkes güler yüzlüdür.
- ✓ İnsanlar riskleri göze alırlar.

Samimi ve hoşgörülü ilişkiler olan okullarda, öğrencinin davranışı ve başarısı yönünden olağanüstü sonuçlar alınabildiği görülmüştür.²⁰

"Yaşam Becerileri" olarak bilinen ve günlük yaşamlarında gençler için çok önemli kabul edilen beceriler konusunda gençlere gerekli bilgiler verilmelidir. Bu beceriler şunlardır;²²

1. Kendini tanıma: İnsanın psikolojik ve fiziksel açıdan içinde olanların farkında olması, duygularını, düşüncelerini, istek ve ihtiyaçlarını, güçlü ve zayıf yönlerini, hedef ve değerlerini, yetenek ve becerilerini tanıması ve bunları yönetebilmesi olarak ifade edilebilir. Kendini tanımanın en basit şekli; hangi durumlar karşısında nasıl davranışlar ve duygular sergileyebileceğini kişinin önceden bilebilmesidir.
2. Etkili iletişim
3. Özgüven
4. Öfke kontrolü
5. Hayır diyebilme, ısrarlara karşı koyabilme
6. Cesaret
7. Sorun (problem) çözebilme
8. Stresle başa çıkabilme

Bu yaşam becerilerini öğrencilere kazandırabilmek okul sağlığının en önemli çıktısı olmalıdır. Örneğin, hayır demeyi öğrenemeyen çocuk, madde kullanan arkadaşının madde teklifine ya da okuldan kaçma teklifine "hayır" demeyi başaramayacaktır. Sorun çözmeyi, öfkesini kontrol etmeyi öğrenemeyen çocuk, kendine ve başkalarına zarar verecektir.

Öğrencilerin karakterlerinin oturması ve kendilerinden emin hale gelmeleri (özgüven) zaman alabilir, ancak bu çok önemli ve gereklidir. Bu bir beceridir; öğrenmeye ve öğretilmeye değer ve çok önemlidir. Kendinden emin olan öğrenciler; sigara, uyuşturucu, abur cubur gibi sağlığa zararlı alışkanlıklar için arkadaşlarından ve çevreden gelen baskılara direnerek, vücut sağlığını korumayı başarırlar. Bu, aynı zamanda, yaşamlarını yeterince kontrol altında tuttuklarını hissetmelerine de yardımcı olur. Öğrenciler, kötü alışkanlıkların bir kenara bırakılmasını, yetişkinler kadar zor bulmamaktadırlar. Kendinden emin olmak, ortak hedeflere

ulaşmak için ekip halinde çalışmaya olanak sağlayarak toplumsal sağlığı da korur.

Yapılan bir araştırmada; gençlerin yaklaşık %50'sinin yasal olmayan uyuşturucu tekliflerini kabul ettikleri belirtiliyor. "**Yaşam Becerileri**" yaklaşımı, gençlere, çevredeki olay ve baskılara boyun eğmek yerine karşılaştıkları durumun kontrolünü sağlayabilmeleri için gerekli becerilerin kazandırılmasını amaçlamaktadır. Bu yaklaşımın yardımıyla gençler, bir eylem için verdikleri kararın getireceği artı ve eksileri hesaplama becerileri, iddia ve ikna becerileri gibi gerekli becerileri geliştirme şansını elde edeceklerdir.

3. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde; sorun ortaya çıkmadan önlem almak ve eğitim yapmak çok önemlidir. Sorun ortaya çıktığında, çoğu zaman iş işten geçmiştir.

Okul sağlığında amaç; öğrencilerin, velilerin ve okul personelinin aileleri ile birlikte sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, bedenlen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin sağlanması ve sürdürülmesidir.⁶

Okul sağlığı; sağlığı korumayı ve geliştirmeyi, hastalıkları önlemeyi, öncelikli sağlık sorunlarını saptamayı, tedavi etmeyi/ettirmeyi, akut hastalıklara ve yaralanmalara ilk müdahaleyi, sağlıkla ilgili eğitim ve danışmanlık vermeyi kapsamaktadır.⁶

Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimleri aracılığıyla ilköğretim 1. sınıf öğrencilerinin okula giriş muayenelerinin yapılmasını sağlamaktadır ancak periyodik muayeneler yapılmamaktadır. Milyonlarca çocuğun sağlık kontrollerinin sağlık kurumlarında yapılması olanaksızdır ve gereksizdir. Bu nedenle okul sağlığı hizmetlerine büyük gereksinim vardır.²³

Öğrenciler sürekli büyüme ve gelişme içinde olduklarından gelişmelerinin sürekli olarak izlenmesi ve mevcut hastalıklarının da erkenden tespit edilmesi gerekmektedir. Okul yönetimi ile okul sağlığı ekibinin (aile hekimleri ile) "hasta" öğrencileri bulup

tedavi edilmesini, kronik hastalığı olan öğrencilerin de özel olarak izlenmesini sağlanması gerekmektedir. Araştırmalar her öğrencinin yılda ortalama 7 gün hasta (çoğunluğu bulaşıcı hastalıklar) olarak devamsızlık yaptığını göstermektedir.⁶ Ancak bu durumda okulların genellikle istirahat raporlarını arşivlemekte başka bir şey yapmadığı bilinmektedir.

Okul sağlığının en önemli faaliyetlerinden biri okullarda bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek, evden-okula, okuldan-eve hastalık taşınmasını önlemektir. Okul sağlığı ekibi, okuldaki salgınların önlenmesinden ve kontrolünden de sorumludur. Bu nedenle gerekli önlemlerin alınması ve bağışıklama hizmetlerinin en iyi şekilde yürütülmesi gerekmektedir.⁶ Ülkemizde okul aşılı toplum sağlığı merkezleri tarafından yapılmaktadır ve aile hekimlerinin bundan genellikle haberleri olmamaktadır. Ayrıca okullarda da öğrencilerin bireysel sağlık dosyaları bulunmamaktadır.

Okulun yeri, binası, bahçesi, sosyal ortamı, alt yapısı, oyun alanları, su kaynağı, çöpleri, tuvaletleri, ısıtılması havalandırması, aydınlatması, sıralar ve sınıflar gibi konular okulun çevresi kavramı altında incelenmektedir. Okul sağlığı, öğrencilerin sağlığının yanı sıra okulun fiziksel ve sosyal yapısının da uygunluğunu sağlamalıdır.

Son yıllarda okullarda kapalı ortam hava kirliliği ve sınıflardaki elektromanyetik kirlilik yoğun olarak tartışılan iki önemli çevre sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bu iki konuda ülkemizde okullara yönelik özel bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Avrupa'da kreş ve okulların baz istasyonlarına ve yüksek gerilim hatlarına en az 30 metre uzaklıkta olması gerektiği yasal olarak düzenlenmiştir.

Okul çevresi; temiz içme ve kullanma suyunun yanında, öğrencileri; ayrımcılıktan, tacizden, istismardan, kazalardan, şiddetten, sigara, alkol, ilaç-uyuşturucu ve uyarıcı madde tuzaklarından korumak için gerekli önlemleri içermelidir.

Günümüzde öğrencilerin sağlığı açısından en önemli sorunlarda biri de tütün, alkol ve

bağımlılık yapan maddelerin kullanımının artması ve başlama yaşının giderek küçülmesidir.

İstanbul'da lise öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığını araştırmak amacıyla, 2000 yılında yapılan bir araştırmada; öğrencilerin %65,1'i yaşamlarında en az bir kez, %22,5'i ise her gün en az bir adet sigara içtiklerini belirtmiştir. Son bir ay içinde en az bir kez alkol kullananların oranının %18, yaşam boyu en az bir kez esrar kullananların oranının %3,6, uçucu madde kullananların oranının %8,6, uyuşturucu/uyarıcı madde kullananların oranının ise %3.3 olduğu belirtilmiştir.²⁴

İzmir'de lise öğrencileri arasında 2016 yılında yapılan bir araştırmada ise; öğrencilerin %54,9'u yaşamlarında en az bir kez, %21,1'i ise her gün en az bir adet sigara içtiklerini belirtmiştir. Son altı ay içinde en az bir kez alkol kullananların oranının %84,4, yaşam boyu en az bir kez alkol kullananların oranının %55,0, esrar kullananların oranının %22,2, extazi kullananların oranının %12,4, eroin kullananların oranının %10,0, uçucu madde kullananların oranının %8,7, amfetamin kullananların oranının ise %9,7 olduğu belirtilmiştir.²⁵

Uyuşturucu madde kullanımı, bugün tüm dünyanın olduğu gibi, ülkemizin de önemli bir sorundur. Okul yöneticileriyle yapılan bir araştırmada; öğrencilerin en çok esrar, eroin ve ekstazi kullandığı, bu maddeleri, okul dışında ara sokak satıcılarından, internet kafelerden ve okul içinden temin edebildiği, uyuşturucuya başlama nedeninin daha çok ailevi nedenlerden kaynaklandığı, bunu arkadaş çevresi, medya ve diğer unsurların takip ettiği belirtilmiştir.²⁵ Aynı araştırmada; uyuşturucu kullanımı açısından kız ve erkek öğrenciler arasında anlamlı bir fark olmadığı ve çözümün, ailede, eğitim ve devlet politikalarında olduğu belirtilmiştir.²⁶

Tütün ve alkol, bağımlılık yapan maddeler arasında ilk tercih edilen maddelerdir.⁶ Bağımlılık yapan maddelerle ilgili eğitimlerde tütün ve alkole özel dikkat

çekilmelidir. Eğitime erken yaşta başlamalıdır, çünkü sigara ve alkol kullanımına ilişkin tutum ve davranışların erken yaşlarda edinildiğini biliyoruz. Bu maddelere ulaşmak kolay olduğu için, eğitimin oldukça erken yaşlarda başlaması ve verilen bilgilerin çocuğun bulunduğu gelişme dönemine uygun olması çok önemlidir. Birçok ülkede, 16 yaşın altında olanlara sigara satılması yasak olmakla beraber sigara her yaştaki çocuk için rahatlıkla erişilebilir durumdadır.

Tütün ve alkol konusunda yapılacak etkin bir eğitimin, gençlerin sağlığına büyük oranda katkısı olacağı, bunun da toplumun sağlığını olumlu yönde etkileyeceği aşikârdır. Tütün ve alkol eğitiminin gerçek anlamda faydalı olabilmesi, eğitimin kapsamlı bir program dâhilinde yapılmasına bağlıdır.²⁷

Birçok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de sigaraya başlayan gençlerin (özellikle kızların) sayısı her geçen yıl artmaktadır.^{24,25} Birçok genç sigara içmeyi imajlarının önemli bir parçası olarak görmektedir. Sigara içmenin yadsınamaz bir sosyal zorlaması vardır: kimilerince bir grup kimliği sağladığı ve bir arkadaş grubuna girmenin yöntemlerinden birisi olduğu düşünülür. Ana-baba modelleri bu maddelerin kullanılmasında kendini güçlü olarak hissettirmektedir. Sigara içen gençler genellikle sigaranın zararları hakkında yeterli bilgiye sahip değildirler.

Madde kullanımına ilişkin mücadele; kullanımda bir azalma sağlayarak insan sağlığı ve mutluluğu açısından büyük fark oluşturacaktır. Madde kullanımı konusunda eğitim verenlerin ve koruyucu sağlık hizmeti sunanların işi oldukça zordur. Çünkü bireyleri madde bağımlılığına iten sorunların tespiti zor ve karmaşık bir konudur. Ancak halk sağlığı için hayati önemi olan bir görevdir.

4. Okul Aile İşbirliği

Çocukların fiziksel, sosyal ve duygusal açıdan gelişmelerinde ilk yıllar son derecede önemlidir. Ailelerin, çocuklarının sağlığı ve eğitimi için sorumlulukları okul döneminin başlamasından sonra da devam etmektedir.

Ailelerin okuldaki eğitiminin tüm safhalarına aktif olarak katılımı çocukların daha iyi yetişmesi açısından çok önemlidir. Pek çok aile, okulu yalnız akademik çalışma yapan bir kurum olarak algılar ve okulda verilen eğitimler konusunda sorumluluk üstlenmezler. Sağlıklı bir yaşam tarzı geliştirebilmek için sadece sağlık bilgisinin verilmesi yeterli değildir, bu bilgilerin aile tarafından desteklenerek; değer, tutum ve davranış haline dönüştürülmesi gerekmektedir.

İlk olarak ailede başlayan sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranış kazanma; okul ve arkadaş çevresinden etkilenecektir.

Çocuklar okula, sağlıkla ilgili davranışlarını belirleyen bir dizi faktörlerden etkilenmiş olarak gelirler. Beslenme ve hijyen alışkanlıkları ile uyku düzeni çocuğun sağlığı ile yakından ilişkilidir. Bununla beraber çocukların özgüveni ve ana-babanın rol modeli de çocuğun sağlık davranışlarına etki etmektedir.²⁸

Anaokulu veya ilkokullarda, ailelerin eğitimci rollerine ilişkin bilinçlerini arttırmak için ailelerle doğrudan ilişki kuran bir "ev ziyaretçisi" bulunmalıdır.

Ana-babaya yönelik çeşitli kurslar ve seminerler düzenlenebilir

Okullara aile desteği istenebilir. Ailelerin vereceği destek için şunlar örnek olarak gösterilebilir.

- ✓ Okul kütüphanesi için katkı.
- ✓ Sağlıklı yemeklerin hazırlanması suretiyle okul kantinine yardımcı olunması; bazı ülkelerde öğrenciler için sağlıklı kahvaltılar hazırlanmasına aileler katkıda bulunur.
- ✓ Uzmanlık becerilerine sahip ana-babalardan eğitim çalışmalarına destek.
- ✓ Sosyal/kültürel etkinliklere katılma.

- ✓ Meslek hatıralarının öğrencilerle paylaşılması.
- ✓ İletişim becerileri.

Ailelerin okulu düzenli bir şekilde ziyaret etmeleri, müfredat faaliyetlerine katılmalarına yardımcı olabilir. Bazı okullarda, aileler ve diğer yetişkinler, son sınıf öğrencilerinin sınıflarında derslere katılırlar. Bu birçok sınıftaki atmosferi geliştirebilir ve okulun çevre ile iyi ilişkiler kurmasına yardımcı olabilir.

Okulun içinin ve bahçesinin web kameralarıyla izlenmesi ve bu görüntülerin internet üzerinden canlı olarak ailelere izletilmesi ailelerin okula ilgisini çekmek için bir vasıta olarak kullanılabilir. Çünkü aileler kendi çocuklarını seyretmekten memnuniyet duymaktadırlar.

Okulun hazırlayacağı ve ailelere dağıtacağı bir sağlık kitapçığı, ailelerle işbirliği açısından oldukça önemli olacaktır. Bu kitapçık, sağlık okuryazarlığını geliştirmek amacıyla; temel sağlık bilgilerini, çocuk gelişimi ve aileler ile birlikte yapılacak toplantılardaki konuları içermelidir.

Ailelerle; uyuşturucular, ergenlik ve diğer sağlık konularında görüş alışverişinde bulunulması, okulun ulaşmak istediği hedef hakkında ana-babalara bilgi verilmesi, yeri geldikçe veli-çocuk etkinliklerine yer vererek, ana-babaların etkin olmaları ve rol üstlenmeleri sağlanmalıdır.

5. Kurumlar Arası İşbirliği

Okul sağlığı için, diğer kurumlardaki sağlık personelinin (doktorlar, hemşireler, diş hekimleri gibi) katkısının sağlanması, sağlık kurumlarının ziyaret edilmesi, diğer kişilerin ve toplumun da katkılarının sağlanması gerekmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Okul; öğrenci, öğretmen ve diğer çalışanları ile bir bütündür. Bu nedenle okulda bulunan her bireye yönelik olarak sağlık hizmetleri planlanmalıdır.

Okul sağlığı alanı; sağlıkçılar, eğitimciler ve yöneticiler boyutu olan çok disiplinli bir alandır. Bu nedenle okul sağlığı konusunda yapılacak çalışmalarda; Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığının yanı sıra, akademisyenler, yerel yöneticiler, psikolojik danışmanlık ve rehberlik uzmanları, birinci basamak sağlık çalışanları, öğretmen, öğrenci ve okul aile birliği görevlilerinin de olduğu geniş tabanlı bir işbirliği şarttır.

Okul sağlığı hizmetleri; ağız-diş sağlığı, beslenme, çevre sağlığı, okul mimari standartları, okul ergonomisi, ruh sağlığının korunması ve şiddetin önlenmesi, hastalıkların erken tanı ve tedavisi ve sağlık eğitimi konularını içeren geniş bir alandır. Sağlıklı okul kantinleri ve okul çevresi (elektromanyetik alanlar, tehlike oluşturacak ve kötü alışkanlıklara neden olacak işletmeler) ile ilgili konuları da kapsayacak biçimde yasa düzeyinde mevzuat düzenlemelerine gereksinim vardır.

Ülkemizde okul sağlığı kavramının yeterince yerleşmemiş olması ve bu konuda farkındalığın olmaması, büyük bir toplumsal yük oluşturmaktadır. Ayrıca, okul sağlığı hizmetlerinin yapılandırılmamış olması da sağlık eğitiminin tüm topluma ulaşmasına engel olmaktadır.

Ülkemizin koşullarına ve ihtiyaçlarına uygun olarak; erişilebilir, nitelikli, sürdürülebilir ve kapsamlı bir okul sağlığı hizmet modelinin geliştirilmesi ve yaşama geçirilmesine şiddetle ihtiyaç vardır. Hizmet

modelinde; hekim, psikolojik ve rehberlik uzmanı, psikolog, hemşire ve öğretmenin görev tanımları yapılmalı ve toplum sağlığının geliştirilmesi için yapılan bu müdahalede ortak bir bakış açısı oluşturmalıdır.

Mevzuatımıza göre en az 50 çalışanı olan işyerlerinde, işyeri hekimi bulundurma zorunluluğu vardır. Ancak 2000-3000 öğrencisi, onlarca öğretmeni ve çalışanı olan okullarımızda; sağlık hizmeti sunan herhangi bir sağlık görevlisi ya da birimi bulunmamaktadır. Türkiye'de 152.952 hemşire görev yapmaktadır.²⁹ Okul sayısı ise 70 bindir.¹ Böyle bir tablo varken ve ülkemizde 20 yılda kapanmayacak hemşire açığı mevcutken “her okula bir hemşire” sloganı havada kalmaktadır. Oysa hemşirelikle birebir örtüşmeyen “okul sağlığı memuru” yetiştirmek hem daha kolay hem de daha işlevseldir.

Okul sağlığı hizmeti; sadece bazı projelerle yürütülemeyecek kadar geniş kapsamlı ve süreklilik isteyen entegre bir hizmettir. Bu nedenle okul sağlığı hizmetlerinin, mutlaka okul içerisinde kurulacak bir “okul sağlığı birimi” ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlardan destek alarak yürütülmesi, toplum ve aile sağlığı açısından büyük önem arz etmektedir. Bunun için ihtiyaca göre, görev tanımı yapılacak bir “okul sağlığı memuru”nun okul içinde istihdam edilmesinin, bu alanda atılabilecek en önemli adım olacağı kanısındayız.

Ülkemizde okulların elektromanyetik kirlilikten korunmasına ilişkin de acil önlemlere gereksinimi bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. http://sgb.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_09/08151328_meb_istatistikleri_orgun_egitim_2016_2017.pdf
2. Gündüz S, Mutlu Albayrak H. (2014). Okul Sağlığında Neredeyiz? Ankara Medical Journal, 14 (1), . DOI: 10.17098/amj.42040American Academy of Pediatrics Committee on School Health. School Health Centers and Other Integrated School Health Services. Pediatrics 2001;107:198-201.
3. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf>
4. MEB. (1992). Sağlık Hizmetleri Uygulama Rehberi, Milli Eğitim Basımevi, Ankara.
5. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı web sitesi: Erişim tarihi; 12.10.2017
6. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2008). Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
7. MMWR, School Health Guidelines to Prevent Unintentional Injuries and Violence, Recommendations and Reports, CDC. 2016, Vol. 50, No. RR-22.
8. Weare K, Gray G. (2010). Zihinsel ve Duygusal Sağlığın Desteklenmesi ve Geliştirilmesi. Türkiye Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Proje Destek Merkezi. Öğretmenler ve Gençlerle Çalışan Kişiler İçin Eğitim Rehberi. Ankara.
9. Pekcan H., Münevver Bertan, Çağatay Güler. (1997). Okul Sağlığı. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Güneş Kitabevi, 2.Baskı, Ankara.
10. Dinçer, M. (2003). Eğitimin Toplumsal değişme sürecindeki gücü. Ege eğitim dergisi, 3(1).
11. Bahar Z. (2010). Okul Sağlığı Hemşireliği. DEUHYO ED, 3(4):195-200.
12. Coşgun, M. (2014). Ortaokul öğrencilerine verilen sağlık eğitiminin öğrencilerin bilgi tutum ve davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
13. Tokuç, B, Berberoğlu, U. (2007). Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6), 421-426.
14. Yılmazel G, Çetinkaya F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Prev Med Bull, 15(1), 69.
15. Er M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 49(2), 155-168.
16. Şanlı D, Öztürk C. (2012). Annelerin Çocuk Yetiştirme Tutumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, (32), 31-48.
17. GÜNDÜZ, S., ÇİZMECİ, M. N., & KANBUROĞLU, M. K. (2013). Okul öncesi eğitim kurumlarındaki öğretmenlerin çocuk sağlığı konusundaki bilgi düzeyleri. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 7(1).
18. Pelitoğlu, F., & Özgür, S. (2013). İlköğretim Öğrencileri İçin Sağlık Tutum Ölçeği Geliştirilmesi. Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi, 7(1).
19. Alkan, E., Ertem, A., Hatemoğlu, E., Hülür, Ü., & Mollahaliloğlu, S. (2005). Okullarda sağlık eğitimi. TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Mevcut Durum Raporu. Ankara.
20. Kuyucu, Y. (2012). Duyguları anlama becerileri farklı düzeydeki çocukların (60-72 ay) akranlarına karşı gösterdikleri duygusal ve davranışsal tepkilerinin incelenmesi (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
21. Özen, Y. (2001). Sorumluluk Eğitimi. Baskı, Nobel Yayınları, Ankara.
22. Şahinöz T. (2017). Sen Kimsin. AZ Kitap, 1. Baskı, Ankara.
23. Özmen B, Ergin S. Okul Sağlığına Stratejik Yaklaşım, Çocuk Forumu, Eylül- Ekim 2005:6-12. 12.
24. Ögel, K., Tamar, D., Evren, C., & Çakmak, D. (2000). İstanbul'da lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Klinik psikiyatri, 3(4), 242-245.
25. Siyez, D. M. (2016). Lise öğrencilerinde problem davranışların görülme sıklığı: İzmir örnekleme. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3(28).
26. Kubanç Y, Özmen F. (2013). Liselerde Madde Bağımlılığı- Mevcut Durum ve Önerilere İlişkin Okul Müdürleri ve Öğretmenlerin Bakış Açıları. 8(3), 357-382.
27. Gökkoca, Z. (2001). Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 10(10), 371-374.
28. Bahar Z. (2010). Okul Sağlığı Hemşireliği. DEUHYO ED, 3(4):195-200.
29. Sağlık Bakanlığı, İstatistik Yıllığı (2016). https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016_turkcepdf.pdf

Perianal Doku Kaybı Olan Bir Travma Vakasının Roy Adaptasyon Modeline Göre İncelenmesi

Analysis of a Trauma Case with Perianal Tissue Loss According to Roy Adaptation Model

Hande AÇIL¹, Dilek AYGİN²

ÖZET

Hemşirelikte model ya da kuram kullanımı, uygulamadaki sorunların araştırılmasını sağlayarak çözüm önerileri geliştirilmesine, hemşirenin tıbbi uygulamalardan çok hemşirelik uygulamalarına odaklanmasına ve hemşirelik bakımının sistematik, kontrollü, amaçlı ve etkili olmasına yol açmaktadır. Travmalı bir hastanın tedavi ve bakımı karmaşık olup; bu hastalara multidisipliner bir yaklaşımla bütüncül bakım verilmelidir. Bu makalede de, “Roy Adaptasyon Modeli” kullanılarak travmalı bir vakanın hemşirelik bakımına yer verildi.

Anahtar Kelimeler: Roy adaptasyon modeli, hemşirelik, travma

ABSTRACT

The use of model or theory in nursing helps developing solution suggestions by providing a research opportunity for the problems arising during the practice while enabling the nurses to focus on nursing care rather than medical practices and making the nursing care a systematic, controlled, intentional and efficient system. The treatment and care of a patient with trauma is complicated and requires integrative care with a multidisciplinary approach. In this article, nursing care of a traumatic case by referring to 'Roy Adaptation Model' has been addressed.

Keywords: Roy adaptation model, nursing, trauma.

¹Arş. Gör. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Doç. Dr. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Travma, dünyanın gelişmiş ülkelerinde önde gelen ölüm nedenlerinden biri olmakla birlikte birçok ülkede genç erişkin yaş grubunda ilk sıradaki ölüm nedenidir. Ülkemizde de travma ciddi bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.¹

Travmalı bir hastanın tedavi ve bakımı karmaşık olup multidisipliner bir yaklaşım gerektirir ve bütüncül bakım verilmelidir. Bütüncül bakım, hemşirelik modellerinin kullanılması ile gerçekleştirildiğinde iş odaklı olmaktan uzaklaşmakta ve hasta odaklı hizmet verilmesine olanak sağlamaktadır.² Hemşirelikte model ya da kuram kullanımı, uygulamadaki sorunların araştırılmasını sağlayarak çözüm önerileri geliştirilmesine, hemşirenin tıbbi uygulamalardan çok hemşirelik uygulamalarına odaklanmasına ve hemşirelik bakımının sistematik, kontrollü, amaçlı ve etkili olmasına yol açmaktadır.

Sister Callista Roy'un modeli; hemşirelik, birey, sağlık/hastalık, çevre ve hemşirelik girişimi gibi kavramlardan ve sistem, stres ve uyum gibi birbirinden farklı kavramların birleşmesinden oluşmaktadır. Kuram, hemşirelik ile hümanistik yaklaşımı birleştirmiştir. Roy'a göre hümanizm, kişinin yaratma gücüne sahip olduğu inancına dayanmaktadır ve savunma mekanizmalarının bireyin iyilik halini arttıracığına inanılmaktadır.⁴ Roy'un adaptasyon modeli; kişilere sağlıkta ve akut, kronik, terminal hastalıkta hemşirelik bakımı için kullanışlı bir çatı sağlamaktadır.⁵

Roy'a göre hemşirenin amacı; fizyolojik ihtiyaçlara, üstlendiği rollere ve sağlıkla ilgili değişikliklere bireyin uyum yapmasına yardım etmektir. Uyum üç tür uyarının etkisiyle oluşur⁴. Bunlar;

Fokal Uyarı: Bireyin dikkatini çeken, içten veya dıştan gelen ve bireyin derhal yanıt verdiği uyarılardır. Birey dikkatini bu yönde toplar ve enerji harcar. Örneğin; elini sıcak suya sokan bir kişi hemen elini çeker.^{4,6}

Kontekstüel Uyarı: Bireyin iç ve dış dünyasından gelen, olayı etkileyen ve ölçülebilen bütün uyarılardır. Yani fokal uyarı, tüm dikkatini kendi üstüne toplarken, kontekstüel uyarılar durumu etkileyen uyarılardır. Örneğin; soğuk hava fokal uyarandır.^{4,6}

Rezidüel Uyarı: Bireyi etkileyen ama objektif olarak ölçülemeyen uyarılardır.^{4,6}

Roy'un Uyum Modeli'nin ana kavramı uyumdur. Modelde tanımlanan uyum alanları; fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanlarıdır.^{7,8} Fizyolojik alan; oksijenlenme-dolaşım, beslenme, boşaltım, aktivite, egzersizdinlenme, koruma, sıvı-elektrolit dengesi, nörolojik, endokrin fonksiyonları içerir ve sistemin fiziksel bütünlüğünün sürdürülmesi amaçlamaktadır. Benlik kavramı alanı; bireyin kişisel görüşünü yansıtan davranışlar, bireyin ruhsal, spiritüel bütünlüğünü ele alarak bireyin inançlarını, duygularını, kendi iç algısını ve diğerlerinin kendisine yönelik algılarını içermektedir. Rol fonksiyon alanı; birincil, ikincil, üçüncül roller, toplum tarafından bireyden beklenen anne, baba olma gibi rollere odaklanır. Karşılıklı bağlılık alanı ise; bireyler ile ilişki geliştirme, sürdürme davranışlarını ve sosyal desteği kapsamaktadır.^{5,9,10}

Bu makalede de, "Roy Adaptasyon Modeli" kullanılarak travmalı bir vakanın hemşirelik bakımına yer verildi.

MATERYAL VE METOT

Çalışmaya bir Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde yatmakta olan A.İ'den sözlü ve yazılı onam alınarak başlandı.

Hastanın Tanıtıcı Özellikleri

A.İ. isimli erkek hasta evli, 39 yaşında, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Sosyal güvencesi bulunmaktadır. A.İ.'nin özgeçmişinde ve soy geçmişinde herhangi bir özellik bulunmamaktadır.

Öykü

Motosiklet kazası nedeniyle acile başvuran hasta açık femur kırığı ve perine yaralanması nedeniyle acil ameliyata alınmıştır. Perine tamiri, debridman ve ortopedi tarafından eksternal fiksator uygulaması ameliyatı yapılarak ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesinde 3 gün kalmıştır. Kolostomi açılan hastanın genel durumu iyi olup, yaşam bulguları stabil olduğunda Genel Cerrahi servisine nakli yapılmıştır.

Fizik Muayene

Kolostomisi olan hastada perineal bölgede yara ve nekrotize alanlar mevcut olup, sol femurda parçalı kırık, sol tibiada ise enfekte yarası bulunmaktadır. Hastada mesane sondası, dren mevcut olup, A.İ. immobil olduğu için ihtiyaçları yakınları tarafından karşılanmaktadır.

Laboratuvar Bulguları

Ca: 7,9 mg/dL; Albümin: 2,9 g/dL; Potasyum: 4,8 mEq/L; Sodyum: 131 mEq/L; Kreatinin: 0,6 mg/dL; Üre: 21 mg/dL; Glukoz: 95 mg/dL; Hgb: 10,6 mg/dL; Hct: % 33,4; WBC: 9,91 mm³; RBC: 3,55 milyon hücre/mikrolitre.

Kullandığı İlaçlar

Neofleks İzoplen – M %5 Dekstrozlu Dengeli Elektrolit içeren çözelti 1000ml, Oksapar 6000 Anti-XA IU/0,6 ml Kull. Hazır, Progas 40 mg IV, Tazoject 4,5 gr IV

I. Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Fizyolojik Alana İlişkin Saptanan Sorunlar

Hemşirelik Tanısı: Akut ağrı

Davranış 1: Ağrı hissetmesi

Odak Uyarı: Ameliyat

Etkileyen Uyarı: Hastanın ağrıya bağlı endişe hissetmesi

Olası Uyarı: Bireyin durumunu kabullenememesi

Hedef: Ağrısının geçtiğini sözlü/sözsüz ifade etmesi

Girişimler:

- ✓ Ağrı tanınması yapılır, ağrının yeri, şiddeti, ne zaman başladığı saptanır.
- ✓ Ağrının girişimin özelliğine göre, girişim öncesi ve sonrası belli aralıklarla izlenir.
- ✓ Ağrıyı azaltan faktörler değerlendirilir ve izlenir.
- ✓ Ağrıya karşı duygusal tepkiler ve baş etme şekli değerlendirilir.
- ✓ Ağrı nedenine göre sıcak ve soğuk uygulama seçilir.
- ✓ Ağrıyı azaltan pozisyon verilir.
- ✓ Öksürme/derin solunum egzersizleri sırasında göğsü desteklenir.
- ✓ Ağrının nonfarmakolojik yönetiminde periferik teknikler ile deri stimülasyonu sağlanır.
- ✓ Müzik dinletme, T.V izleme gibi relaksasyon yöntemleri uygulanır.
- ✓ Hasta kontrollü analjezi (HKA=PCA) yöntemini kullanılır.
- ✓ Ağrı kontrolü için verilen ilaçlar uygulanır.^{9,11}

Değerlendirme: Hasta A.İ. uygulanan girişimler sonrası ağrısının azaldığını ifade etti. VAS ile yapılan ağrı değerlendirmesinde ağrısına 3 puan verdi (Analjezik ve bakım uygulamaları öncesi VAS puanı 7 idi).

Hemşirelik Tanısı: Deri bütünlüğünde bozulma

Davranış 2: Dren ve kolostomi olması sebebiyle hastanın rahatsız olması

Odak Uyarı: Ameliyat, perianal bölgede doku kaybı

Etkileyen Uyarı: Dren ve kolostominin cildi tahriş etme riski

Olası Uyarı: Kolostomi ve drenlerin açılacağı düşüncesi

Hedef: Deri bütünlüğünün korunması

Girişimler:

- ✓ 8 saat arayla cildin kıvrım bölgeleri, aksilla, perianal bölge ve özellikle skapula, başın arka kısmı, gluteal-sakral

bölge, topuklar, dirsekler gibi bası altında kalan bölgeleri ile mukoz membranları değerlendirilmeli

- ✓ Deriyi renk, ısı, nemlilik, lezyon yönünden incelemeli
- ✓ Yatağın temiz, gergin olmasını sağlamalı
- ✓ Gerekirse havalı yatak kullanılmalı
- ✓ Pansuman ıslandığında steril teknik kullanarak değiştirilmeli
- ✓ Dren çevresindeki deriyi temiz ve kuru tutmak, deriyi serum fizyolojik, su ve sabunla yıkamalı
- ✓ Dren ve stoma çevresindeki deriye koruyucu pomat uygulamalı
- ✓ Gerektiğinde stoma bakım ve yara hemşiresinden bakım desteği almalı.¹¹

Değerlendirme: Hasta A.İ.'ye uygulanan girişimler sonrasında dren ve kolostomi bölgesinin deri bütünlüğünde bozulma görülmedi. Hastaya perianal bölge onarımı için rekonstrüktif cerrahi planlandı.

Hemşirelik Tanısı: Enfeksiyon riski

Davranış 3: Cerrahi girişim nedeniyle enfeksiyon riski

Odak Uyarı: Ameliyat insizyonu, invaziv girişimler

Etkileyen Uyarı: İnsizyon bölgesinin bakımı

Olası Uyarı: Uygun aseptik koşullarda bakımının yapılmaması

Hedef: Hastada enfeksiyon belirti ve bulgularının olmaması

Girişimler:

- ✓ Hasta bakımından önce ve sonra el yıkamak, vücut salgıları ile temasta eldiven kullanımına dikkat edilmeli
- ✓ Enfeksiyon belirti ve bulgularını izlemeli (Vücut ısısı, eritem, sıcaklık, deride endurasyon, yara ve drenlerden kötü koku gelmesi)
- ✓ Aseptik teknik kullanarak pansuman değişimi yapmak, pansuman değişimi yapılan iki hasta arasında el yıkamalı
- ✓ Laboratuvar sonuçlarını izlemeli
- ✓ Mental durum, oryantasyon bilinç düzeyini 4-8 saat aralarla izlemeli
- ✓ 2-4 saat aralarla öksürme ve derin solunum egzersizlerini uygulamalı
- ✓ İnvaziv girişim bölgelerinde ve insizyon bölgesinde lokal enfeksiyon belirtilerini izlemeli

- ✓ Enfeksiyon kontrol komitesi önerilerine göre IV kateteri önerilen sürede değiştirmeli
- ✓ Titreme, dizüri, sık idrar yapma isteği, suprapubik ve skrotal ağrı, kötü kokulu idrar oluşup oluşmadığını izlemeli
- ✓ Sıvı kısıtlaması yoksa günde 2-3 litre sıvı alımını sağlamalı
- ✓ Drenaj tüplerinin iyi bir şekilde tespit edilmesini sağlamalı
- ✓ Drenaj yerlerini, drenajdan gelen sıvıların özelliğini izlemek ve kaydetmeli
- ✓ Drenaj torbalarını bel seviyesinden aşağıda tutmalı
- ✓ Drenaj tüplerinin kıvrılarak akışın engellenmesinden kaçınılmalı
- ✓ Drenajın kapalı sistem bütünlüğünü korumalı.¹¹

Değerlendirme: Hasta A.İ. de herhangi bir enfeksiyon bulgusuna rastlanmadı.

Hemşirelik Tanısı: Fiziksel harekette bozulma

Davranış 4: Yatağa bağımlı olma hareket edememe

Odak Uyarı: Ameliyat geçirme

Etkileyen Uyarı: Hastanın hareket edemeyeceği düşüncesi

Olası Uyarı: Hareket ettikçe ağrısının olması

Hedef: Hasta taburcu olmadan önce cerrahinin özelliğine bağlı olarak en üst düzeyde hareketliliğe sahip olması

Girişimler:

- ✓ Ameliyat öncesi hastanın kas gerginliğini ve kitlesi değerlendirilerek fiziksel hareketliliği belirlemek
- ✓ Ameliyat sonrasında mümkün olan en kısa sürede hastayı ayağa kaldırmak
- ✓ Ameliyat sonrası hastayı ayağa kalkması için cesaretlendirmek
- ✓ Yatak içinde egzersizleri hastaya öğretmek.¹¹

Değerlendirme: Hasta A.İ.'ye mümkün olan en kısa sürede ayağa kalkabilmesinin iyileşmesini hızlandıracağı ve hareket ederken ağrısının olmaması için analjezikler uygun zamanda verilerek ağrısının en aza indirgeneceği belirtildi, hasta bu konuda rahatladığını ifade etti.

Hemşirelik Tanısı: Konstipasyon riski

Davranış 5: Hastanın eliminasyona çıkmasında azalma

Odak Uyarın: Ameliyat geçirme, hareket kısıtlılığı, abdominal kaslarda güçsüzlük

Etkileyen Uyarın: Yatağa bağımlı olma, hareket edememe

Olası Uyarın: Hastanın tuvaletini yapamayacağı düşüncesi

Hedef: Hastanın bağırsak alışkanlığını normal şekilde sürdürmesi

Girişimler:

- ✓ Gaz ve gaita çıkışını izlemeli ve kaydetmeli
- ✓ Hastanın aldığı ilaçları gözden geçirmeli
- ✓ Abdominal distansiyon, hassasiyet, hipoaktivite, yüksek tondaki bağırsak sesleri, dolgunluk hissi gibi belirtileri izlemeli
- ✓ Yatak istirahati sırasında pozisyon değiştirmek, egzersiz yapmak v hasta tolere edebiliyorsa erken ayağa kaldırmalı
- ✓ Nazogastrik tüp çıkarıldığında abdominal distansiyon, bulantı ve kusmayı gözlemeli
- ✓ Hastayı açık sıvılarla beslemeye başlamak ve besinleri tolerasyonunu gözlemeli
- ✓ Sakıncası yoksa oral sıvı alımının günde 250 ml ve daha fazla olmasını sağlamalı
- ✓ Hekim istemine göre bağırsak boşaltımını sağlayan ilaçları vermeli
- ✓ Beslenmede lifli gıdaların alımını sağlamalı
- ✓ Hasta tolere edebiliyorsa aktiviteyi erken başlatmalı.¹¹

Değerlendirme: Hasta A.İ.' de konstipasyon görülmedi.

II. Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Ben/Benlik Kavramına İlişkin Saptanan Sorunlar

Hemşirelik Tanısı: Anksiyete

Davranış 6: Bilinmeye karşı korku

Odak Uyarın: Sağlık durumunun ne olacağını bilememe

Etkileyen Uyarın: Sağlık durumunda değişme, beden imajında bozulma

Olası Uyarın: İyileşemeyeceği düşüncesi

Hedef: Hastanın Anksiyeteyi kontrol etmesi, fizyolojik ve psikolojik olarak rahatlaması

Girişimler:

- ✓ Anksiyete belirtilerini izlemeli ve kaydetmeli
- ✓ Hasta ve ailesinin anksiyete düzeyini belirlemeli
- ✓ Hastanın anksiyete ile baş etme yöntemlerini izlemeli
- ✓ Yapılan tedavi ve girişimleri hasta ve ailesine açıklamalı
- ✓ Hastayı çevresel uyarınların az olduğu bir ortama almalı
- ✓ Hasta yakınlarının bekleyebileceği uygun bir ortam sağlamalı
- ✓ Uygun bir zamanda hekim ile birlikte hastanın durumu, tedavisi ve bakımı hakkında bilgi vermeli
- ✓ Ameliyat sonrası işlemlere ilişkin bilgi vermeli.¹¹

Değerlendirme: Hasta A.İ.' ye uygulanan girişimler sonrasında dren ve kolostomi bölgesinin deri bütünlüğünde bozulma görülmedi.

Hemşirelik Tanısı: Beden imajında bozulma

Davranış 7: Hastanın vücudu ile ilgili endişe duyması

Odak Uyarın: Ameliyat, Fiziksel Travma
Etkileyen Uyarın: Organ kaybı, Organ işlev kaybı

Olası Uyarın: Beden imajında değişiklik

Hedef: Hasta bedenindeki değişimi kabul ettiğini belirtmeye başlar, beden imajına ilişkin olumlu davranışlar göstermesi

Girişimler:

- ✓ Hastayla açık ve dürüst iletişim kuralmalı
- ✓ Beden imaj bozukluğu olduğunu düşündüren sözel ve sözel olmayan göstergeleri değerlendirmeli
- ✓ Bakımı planlarken, hastayı rahatsız eden girişimler/tedaviler uygulama ve hastayı monitorize etmenin hastanın beden imajını etkileyebileceğinin bilincinde olmalı
- ✓ Hastanın meydana gelen pato-fizyolojik süreçlere ve şimdiki sağlık durumuna ilişkin bilgisini değerlendirmek, Hastanın edindiği yanlış bilgileri düzeltmeli
- ✓ Kaybı ya da gerçekleşmiş olan değişikliği hastayla konuşmalı
- ✓ Hastanın endişe, korku ve suçluluk duygularını araştırmalı

- ✓ Hastayı ve yakınlarını başka kişilerle de etkileşimlerini sürdürmeleri için cesaretlendirmeli
- ✓ Kayıp ya da bedendeki değişikliğe yönelik tedavi ve bakım olanaklarını tartışmalı
- ✓ Mümkünse hastayı aynı sorunları yaşayan bir destek grubuna katılması ya da benzer deneyimi olan başka bir hastayla iletişim kurması için yönlendirmeli

Değerlendirme: Hasta A.İ. başına gelen olay ile ilgili yapacak bir şey olmadığını, ama bunun da geçeceğini sabrettiğini bedenindeki değişimi kabul ettiğini açıklıkla ifade etti.

III. Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Rol Fonksiyon Alanına İlişkin Saptanan Sorunlar

Hemşirelik Tanısı: Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma

Davranış 8: Aile üyelerine karşı suçluluk duyması

Odak Uyarı: Ameliyat

Etkileyen Uyarı: Organ işlev kaybı

Olası Uyarı: Bir daha eskisi gibi iyileşip ailedeki sorumluluğunu üstlenemeyeceği düşüncesi

Hedef: Aile üyeleri birbirini karşılıklı olarak destekleyen fonksiyonel bir sistem sürdürür.

Girişimler:

- ✓ Ailenin genel durumu değerlendirmesine yardımcı olunmalı.
- ✓ Doğru-tam bilgi vererek ve soruları yanıtlayarak, gerçekçi bir bakış açısına sahip olması için aile cesaretlendirilmeli
- ✓ Mümkün olduğunda, aile üyelerini hasta üyenin bakımına (beslenme, banyo, giyindirme, gezdirme) katılmalı
- ✓ Aile üyelerinde suçluluk, öfke, suçlama duygularının sözel olarak ifadesini ve duyguların tanınmasını cesaretlendirilmeli
- ✓ Hastalık deneyiminin doğal bir parçası olan depresyon anksiyete ve bağımlılık

belirtileri konusunda aile üyelerini hazırlamalı.¹²

Değerlendirme: Hasta A.İ. çalıştığı iş yerinden tedavi süreci nedeniyle ayrıldığı için ailesinin bakım yükünü yerine getirememekte fakat bununla ilgili durumu kabullenmiş durumdadır. Aile üyeleri de A.İ. nin her zaman yanında olup onu desteklemektedir.

IV. Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Karşılıklı Bağlılık Alanına İlişkin Saptanan Sorunlar

Hemşirelik Tanısı: Sözel iletişimde bozulma

Davranış 9: Hastanın konuşmaktan kaçınması

Odak Uyarı: Travma

Etkileyen Uyarı: Kırıklar, hareket edememe

Olası Uyarı: Beden imajında bozulma

Hedef: Hastanın kendini durumuna uygun biçimde ifade etmesi

Girişimler:

- ✓ İştahı ve anlamayı kolaylaştıracak yöntemler kullanılmalı
- ✓ Bireyin yüzüne açık ve tane tane konuşulmalı
- ✓ Odadaki gereksiz sesler elimine edilmeli
- ✓ Sadece bir kişinin konuşması sağlanmalı
- ✓ Gereksiz gürültüler önlenmeli (kapı, radyo TV kapatılır)
- ✓ Anlatılanı anlamamış gibi görünüyorsa, tekrar edilmeli
- ✓ İletişimi geliştirmek için dokunma ve hareketler kullanılmalı
- ✓ Konuşma için yeterli zaman ayrılmalı
- ✓ Hasta yorgun olduğunda konuşma ertelenmeli.⁶

Değerlendirme: Hasta A.İ. hastalığını ve tedavi sürecini kabullenmiş gözükse de bu konu hakkında çok konuşmak istememektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu makalede, “Roy Adaptasyon Modeli” kullanılarak travmalı bir vakanın hemşirelik bakımının incelenmesi amaçlandı. Hemşirelikte model ya da kuram kullanımı, hemşirelik uygulamalarının daha kapsamlı olmasına ve travma hastaları gibi multidisipliner bir yaklaşım verilmesi gereken hastalara bütüncül bakım verilmesine olanak tanımaktadır. Özellikle

travma hastalarının yaşadıkları süreçlere uyumları açısından yapılacak hemşirelik bakımı için Roy Adaptasyon Modeli' nin kullanımı uygun olmaktadır. Hemşirelik model ya da kuramlarının daha çok kullanılması ve yaygınlaşması açısından başka vakalarda ve modellerinde kullanılmasına gereksinim duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Çakmakçı, M. (2009). Temel Cerrahi El Kitabı. Sayek İ. (Ed.) Travmaya Genel Yaklaşım. Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara. 151-155.
2. Ursavaş, FE. Karayurt, Ö. İşeri, Ö. (2014). Nursing Approach Based on Roy Adaptation Model in a Patient Undergoing Breast Conserving Surgery for Breast Cancer. J Breast Health; 10: 134-140
3. Öner, H. Demirdağ H, Akyolcu N, Kanan N. (2015). Karaciğer Transplantasyonu Planlanan Bir Hastanın Hemşirelik Bakımında Roy’ un Adaptasyon Modeli’ nin Kullanımı. F.N. Hem. Derg, 23(3): 231-242.
4. Ay, FA. (2013). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler: Kuram Nedir? Mesleki Kuramlar ve Teorisyenler. Ay FA (Ed), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. s:30-58
5. Phillips, KD. Harris, R. (2014). Roy’s Adaptation Model in Nursing Practice. Chapter 14.. In Alligood MR. (Ed). Nursing Theory: Utilization and Application, 5th ed, pp 263-284.
6. Birol, L. (Ed). (2004). Hemşirelik Süreci: Hemşirelikle İlgili Kuramlar. Genişletilmiş 6. Baskı. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir: 78-82.
7. Çatal, E. Dicle, A. (2014). Teori Araştırma Bileşeni: Roy’un Uyum Modeli Örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.7(1):33-45
8. Vicdan, A.K. Demirel, T. (2015). Histerektomi Sonrası Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modelinin Kullanımı. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi.Sayı(02):1-10
9. Vicdan, A.K. (2010). Hemşirelik Bakımında Model Kullanımına Bir Örnek: Modifiye Radikal Mastektomi Olmuş Bir Bayanın, Roy’un Adaptasyon Modeline Göre İncelenmesi Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, Cilt:2,Sayı:3:106-118.
10. Özkaraman, A. Özer, S. Alpaslan, G.B, (2012). Romatoid Artritli Bir Vakanın Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modelinin Kullanımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences:1(3):138-152.
11. Akbayrak, N. İlhan, S.E, Ançel, G. Albayrak, S. Hemşirelik Bakım Planları (Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği Ve Psiko-Sosyal Boyut). (2007). Alter Yayıncılık. Ankara.
12. Carpenito-Moyet, L.J. Hemşirelik Tanıları El Kitabı (2012). Çeviren Erdemir F. Nobel Tıp Kitabevleri

Nekrotizan Fasiitli Bir Olgunun Yaşam Modeli Doğrultusunda Tanılanması

Diagnosis of a Necrotizing Fasiitis Case According To the Living Model

Şebnem BİLGİÇ¹, Ülfiye ÇELİKKALP², Nisanur SARIKAYA³

ÖZET

Nadir görülen bir yumuşak doku enfeksiyonu olan nekrotizan fasiit, hızlı yayılması, acil ve erken müdahalesinin hayat kurtarıcı olması açısından önem taşımaktadır. Ülkemizde halen yeterince bilinmeyen bir enfeksiyon olan nekrotizan fasiitin tanı ve tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu nedenle tüm ekip üyeleriyle birlikte hemşirelere de önemli görevler düşmektedir.

Hemşirelikte bilimsel bilginin oluşturulması, bakımın kaliteli ve sistemli bir biçimde verilmesinde model ve kuramların kullanımı önemlidir. Sağlık bakım sisteminin tüm alanlarında kolayca uygulanabilen yaşam modeli, holistik ve humanistik yaklaşımla bireye bakım vermeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle çalışmada, 72 yaşında nekrotizan fasiitli bir erkek hastanın yaşam modeli doğrultusunda tanılanması amaçlanmış ve hemşirelere rehber olacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Nekrotizan Fasiit, Hemşirelik Bakımı, Yaşam Modeli.

ABSTRACT

Necrotizing fasciitis which is a rare soft tissue infections, rapid spread, emergency and early intervention are important in terms of being a life saver. Diagnosis and treatment of the Necrotizing fasciitis which is still enough of an unknown infection in our country, requires a multidisciplinary approach. Therefore, the nurses have important missions with all team members. The use of models and theories in nursing is important that the creation of scientific knowledge and in providing quality and systematic manner nursing care. Model of living can be applied in all areas of the health system that it aims to provide care for the individual with holistic and humanistic approach. Therefore, in this study, a 72 year old male patient with necrotizing fasciitis the living model according to is aimed to diagnose and it is thought to be a guide for nurses.

Keywords: Necrotizing Fasciitis, Nursing Care, Living Model.

* Bu olgu çalışması 28-29 Nisan 2016 tarihlerinde Eskişehir’de düzenlenen uluslar arası katılımlı 5. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi’nde “poster bildiri” olarak sunulmuştur.

¹Arş. Gör. Dr. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

²Öğr. Gör. Dr. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

³3. Sınıf Öğrencisi Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

GİRİŞ VE AMAÇ

Nekrotizan fasiit (NF), nadir görülen, özellikle fasyaların nekrozu ile karakterize ağır seyirli bir yumuşak doku enfeksiyonudur.^{1,2} Çok hızlı yayılan bir yumuşak doku enfeksiyonu olup saatler içinde tüm ekstremiteleri kaplayabilir.³ İnsidansı %0.004 olan NF olgularında cerrahi insizyon, böcek sokması, kesi, enjeksiyon, deri ülseri, perirektal apse, yanık, kıymık batması, doğum ve penetran travma gibi küçük yaralanma öyküsü vardır. İleri yaş, malnutrisyon, intravenöz ilaç kullanma, diyabet, steroid kullanımı, obezite, periferik vasküler hastalık, alkol bağımlılığı, sigara, kronik kalp hastalıkları, immüsupresyon, kanser NF gelişmesinde hazırlayıcı risk faktörlerindedir.^{4,5} NF'de etken tek bir mikroorganizma olabileceği gibi birden fazla mikroorganizmada olabilir. Çoğunlukla streptokok ve enterokok gibi Gram-pozitif aeroplara, Escherichia coli ve Pseudomonas aeruginosa gibi Gram-negatif aeroplara ile Peptostreptococcus magnus, Clostridium ve Bacteroides türleri gibi anaeroplara da etken olabilmektedir.³ Başlangıcında bölgede şişlik, kızarıklık, sıcaklık artışı ve ciddi ağrı gibi klinik bulgular gözlenirken, birkaç gün içerisinde cilt renginde değişim, bül gelişimi ve belirgin kütanöz gangrenler oluşmaktadır.¹ Tedavisinde ana hedef, erken dönemde geniş cerrahi debridman ile bütün nekrotik ve enfekte dokuların temizlenmesidir.⁶ Bununla birlikte yaranın sürekli temizlenmesinin sağlanması ve granülasyon dokusunun oluşumunu hızlandırması açısından vakum destekli kapama (VAC-Vacuum-Assisted Closure) sisteminin kullanılması da yararlı bir uygulamadır.⁷ Erken ve doğru tanı koyulması, gerekli cerrahi debridmanın ve rekonstrüktif cerrahi işlemlerin acilen yapılması ve komplikasyon oluşmadan tedavi edilmesi hayat kurtarıcı olmakla beraber mortalite oranı %6-76 arasında değişmektedir.^{2,3,8} Ülkemiz şartlarında NF, tanısı geç konulan ve halen yeterince bilinmeyen, olguların tanı ve tedavisinde multidisipliner yaklaşımı gerektiren bir patolojidir.³ Bu nedenle tüm ekip üyeleriyle birlikte hasta bireyin değerlendirilmesi, izlenmesi ve bakımı açısından hemşirelere önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir.

Yara bakımında hemşirelerin temel görevleri hastaların doku bütünlüğü bozulmadan ve bozulduktan sonraki dönemi içerir. Doku bütünlüğü bozulmadan önce hemşirenin temel görevi yara oluşumunu önlemek ve bu konuda hasta ve hasta yakınlarına danışmanlık yapmaktır. Bu danışmanlık doku bütünlüğünü korumaya yönelik uygulamaları, uygun pozisyon vermeyi, egzersiz ve beslenme gibi konuları içerir. Doku bütünlüğü bozulduktan sonra hemşirenin temel görevi ise yara bakımının ve yönetiminin sağlanmasıdır. Bununla birlikte hemşire doku bütünlüğü bozulmuş bir hastaya ve ailesine yara bakımı için gerekli teknik becerileri öğretmek hastanın ve ailenin bakıma katılımını sağlamalıdır. Hasta ile benlik kavramı, beden imajı konuları hakkında

konusarak duygularını açıklamasına yardımcı olmalıdır. Hemşire, tüm bu girişimleri planlar, uygular ve değerlendirirken hemşirelik sürecinden yararlanır. Ayrıca hemşire, bakım planını uygularken sağlıklı/hasta bireyin bakım gereksinimlerinin tanımlanması ve günlük yaşamını etkileyen sorunların belirlenmesinde bütüncül bir biçimde bireyi değerlendirir.^{9,10}

Hemşireler birey, aile ve topluma sundukları hizmetlerde bakıma sistematik yaklaşım kazandırmak, hemşirenin bakış açısını geliştirmek ve bakımın kalitesini arttırmak amacıyla model ve kuramlardan yararlanmışlardır.¹¹ Bu modellerden biri olan ve Roper Logan, Tierney tarafından geliştirilen yaşam modeli bireyi bir bütün olarak tanımayı, sorunu belirleyip çözmeyi sağlamakta ve hemşireliğin temel felsefesi olan holistik ve hümanistik yaklaşımla bireye bakım vermeyi amaçlamaktadır.¹²

Bu çalışmada yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yatan, intramusküler (İM) enjeksiyon sonrası gelişen bir NF olgusu hemşirelik bakımı yaşam modeli doğrultusunda ele alınmıştır. Kolay anlaşılabilir olması, sağlık bakım sisteminin tüm alanlarında kullanılabilmesi, bireyi bir bütün olarak tüm boyutlarıyla ele alması ve hemşirelik süreci için uygun olması nedeniyle çalışmada yaşam modeli kullanımı tercih edilmiştir. Bu amaçla Roper Logan ve Tierney'in yaşam modeli doğrultusunda incelenen olgunun hemşirelik tanıları ise North American Diagnosis Association-International'a (NANDA-I) göre belirlenmiştir.

Olgu Sunumu

Sağ kalça ve bacadaki şişlik ve ağrı şikayetleriyle hastaneye başvuran 72 yaşındaki erkek hastanın yapılan fiziksel muayenesinde sağ uyluğu boyunca nekrotik ve hemorajik enfekte cilt altı dokusu gözlenmiştir. Hastanın kabulünde 39°C dereceyi aşan vücut sıcaklığı öyküsü mevcut idi. Anamnezinde yaklaşık bir ay önce sağlık çalışanı olmayan bir kişiye İM enjeksiyon yaptırdığını belirten hastanın nekrotizan faciitis tanısıyla ortopedi servisine yatırılıp yapılmıştır. Hastaya antibiyotik tedavisi başlanmış, genel anestezi altında enfekte doku debridmanı yapılmış ve yara yeri ıslak pansuman ile kapatılmıştır. Ameliyat sonrası YBÜ'ne alınan hastaya 21 gün VAC tedavisi uygulanmıştır. Uygulanan tedaviden 1 hafta sonra yara bölgesinde akıntının azaldığı ve yarada kısmi iyileşme olduğu gözlenmiştir. Ancak hastanın genel durumunda kötüleşme olması nedeniyle hasta entübe edilmiş, mekanik ventilatöre bağlanmış ve 15 gün sonra ise hastaya trakeostomi açılmıştır.

YBÜ'ne yatıştan bir ay sonra hastanın akciğerlerinde plevral efüzyon gelişmesini takiben göğüs tüpü takılmış ve başlangıçta 2500ml/gün olan drenajın 50ml/gün'ün altına inmesi ile 5. günün sonunda göğüs tüpü çıkarılmıştır. NF bölgesinin

genişliğinden dolayı pozisyon vermede sıkıntı yaşanan hastanın sakrum bölgesinde 3. derece, topuklarda 1. ve 2. derece, bacaklarda ve sırtta ise 1. derece basınç yaraları oluşmuştur. Sakral bölgeye de 6 gün boyunca VAC uygulaması yapılan hastanın basınç yaralarında iyileşme gözlenmiştir.

Genel durumu iyi olan hasta trakeostominin açılmasından sonraki 11. günde oral beslenmeye başlanmıştır. Trakeostomi ile spontan solunumu olan hastanın takibi yapılmış ve hastaneye yatıştan yaklaşık 3 ay sonra trakeostomiyle taburcu edilmiştir.

Veriler toplanmadan önce kurumdan izin alındı. Daha sonra hastaya çalışma hakkında gerekli açıklamalar yapıldı ve sözel onam alındıktan sonra veriler toplandı. Hastanın bilgilendirilmesinde çalışmaya katılmaya zorunlu olmadığı, hiçbir şekilde kimliğinin açıklanmayacağı ve çalışmaya katılma veya katılmamadan dolayı olumlu veya olumsuz bir durumla karşılaşmayacağı ifade edildi.

Nekrotizan Fasiitli Olgunun Yaşam Modeli'ne Göre İncelenmesi

Hemşirelik eğitimi ve uygulama alanlarında en çok kullanılan modellerden biri olan, merkezini sağlıklı/hasta birey, ailesi ve toplumun oluşturduğu yaşam modeli Roper, Logan ve Tierney tarafından geliştirilmiştir. Yaşam süresi, yaşam aktiviteleri, yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler, bağımlılık-bağımsızlık dizgesi ve yaşamda bireysellik olmak üzere beş ana bileşenden oluşmaktadır (Şekil 1). Yaşam modeli, karmaşık bir olgu olan yaşamın başlıca özelliklerini belirleyerek, bireyin yaşamını oluşturan öğeler arasında var olan ilişkilerin tümünü kapsamaktadır.^{12,13}

Yaşam Süresi

Doğum oranındaki düşüş, yaşam standartlarının iyileşmesi insan ömrünün uzamasına ve böylece dünya nüfusunun her geçen gün yaşlanmasına neden olmaktadır. Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü (OECD) verilerine göre 65 yaş üzeri, Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre ise 60-74 yaş yaşlılık evresi olarak değerlendirilmektedir.¹⁴ Yaşlılık bireyin kalıtımla getirdiği özelliklere, beslenmesine, çevre koşullarına ve kültürel çabalarına göre erken ya da geç, sorunlu ya da az sorunlu olabilen, yaşamın diğer evreleri gibi doğal, kaçınılmaz ve tüm insanlar için geçerli bir durumdur.¹⁵

NF için ileri yaş önemli risk faktörleri arasındadır.^{4,16} Ancak yapılan araştırmalarda vakaların %20'sinde hiçbir risk faktörü bulunmadan da NF'in ortaya çıkabildiği gösterilmiştir.¹⁷ Bununla birlikte, 60 yaşın üstünde olan hastalarda mortalite oranının oldukça yüksek olduğu da bildirilmektedir.¹⁸

72 yaşındaki olgu, yaşam süresinin yaşlılık evresindedir. Yaşam süresi göz önüne alındığında olgunun ileri yaşta olması NF için hem bir risk faktörü oluşturmakta hem de mortalite oranını arttırması açısından önem taşımaktadır.

Yaşam Aktiviteleri

1. Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi

Bireyin yaşamını devam ettirebilmesi ve aktivitelerini sağlıklı bir şekilde yerine getirebilmesi için güvenli bir ortama gereksinimi vardır.¹³ Hastane ortamında güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesine yönelik uygulamalar, bireyin sağlık kurumuna girdiği andan itibaren başlamaktadır.⁹

Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesine yönelik; YBÜ'ndeki bireyin; görme, işitme vb. duyuşsal sorunlarının olup olmadığı, altta yatan tıbbi tanısı, uygulanan invaziv girişimler nedeniyle enfeksiyona maruz kalma gibi durumları sorgulanır.¹⁹ Nitekim hastanın yaşam süresinin yaşlılık evresinde olması, sağ uyluğu boyunca NF'ye bağlı geniş bir debride yara alanının olması, endotrakeal tüp, santral venöz kateter, üriner kateter, monitorizasyonun varlığı hareket kısıtlılığına, enfeksiyon riskine ve doku bütünlüğünde bozulmalara yol açmıştır. Bununla birlikte hastalığa, tedavi ve uygulanan hemşirelik girişimlerine bağlı olarak olgu ağrı deneyimlemiştir. Mekanik ventilatöre bağlı olma da oral mukoz membran bütünlüğünü olumsuz etkilemiştir.²⁰⁻²² Bu süreçte gelişebilecek olası enfeksiyon riski, düşme vb. sorunlar nedeniyle sağlık çalışanları güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesinde hastanın korunması, desteklenmesi ve gözlenmesinde dikkatli olmalıdırlar.

2. İletişim Aktivitesi

Sağlıklı bir insanın yaşamında gereklilik olan iletişim, hastane gibi yeni bir duruma ve yeni bir ortama uyum söz konusu olduğunda önemli bir aktivite olmaktadır.^{13, 23}

YBÜ'nde ziyaretçi kısıtlamasının olması nedeniyle olguda yalnızlık ve iletişim sorunu gözlenmiştir. Ayrıca hastanın entübe edildiği dönemde konuşamaması sözel iletişimde bozulmaya ve buna bağlı olarak da anksiyete, korku, kontrol kaybı gibi duyguları yaşamasına yol açmıştır.²⁰⁻²²

3. Solunum Aktivitesi

Solunum aktivitesi insanın doğumu ile başlayan ve ölümü ile son bulan, hayati bir aktivitedir.¹² YBÜ'de tedavi olan hasta bireylerde bu aktivite ile ilgili sorunlar sıklıkla görülmektedir. YBÜ'ne kabul edilen bireylerde solunum aktivitesi bağımlı ya da yarı bağımlı şekilde gerçekleştirilebilirken, diğer tüm yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenebilmektedir.²³

Yoğun bakıma ilk yattığında solunum aktivitesi ile ilgili sıkıntısı olmayan olgu genel durumunda kötüleşme olması üzerine entübe edilmiş ve entübasyonu takip eden 15. günde ise trakeostomi açılmıştır. Mekanik ventilasyon ve trakeostomi açılmasının ardından hava yolu açıklığının sürdürülmesi için hastaya aspirasyon işlemi uygulanmıştır. Aspirasyon işlemi de olgunun ağrı ve

anksiyete deneyimlemesine neden olmuştur. Daha sonra plevral efüzyon gelişen hastaya göğüs tüpü takılmış ve göğüs tüpünün varlığı ile ilişkili travma riski oluşmuştur. Hastanın entübe edilmesi, trakeostomi açılması ve ardından göğüs tüpünün varlığına bağlı enfeksiyon riski oluşmuştur. Solunuma yardımcı araçların varlığı hastanın sözlü iletişimi olumsuz etkilemiş ve bu durum da hastanın anksiyete ve sosyal izolasyon deneyimlemesine neden olmuştur.²⁰⁻²²

4. Beslenme Aktivitesi

Temel gereksinimlerden biri olan beslenme, sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde son derece önemli bir aktivitedir.¹² YBÜ'de yatan hastalarda beslenme gereksinimi oral yol, enteral yol ya da santral/periferal bir kateter aracılığıyla parenteral yolla karşılanabilmektedir.²³ Bununla birlikte NF'de postoperatif dönemde yarının erken iyileşmesi için hastanın yeterli beslenmesi de büyük önem taşımaktadır.

Hastaneye ve yoğun bakıma kabulünde beslenme aktivitesi ile ilgili bir sorun olmayan olgunun entübe edilmesi ile oral beslenmesi sonlandırılmış ve santral kateter aracılığıyla beslenmesi sağlanmıştır. Beslenme gereksiniminin karşılanması amacı ile takılan yardımcı araç/gereçler hasta bireyin konfor düzeyinin düşmesine neden olmuştur. Enteral ve parenteral beslenen olguda hemşirelik tanısı olarak diyare, beden gereksiniminden az beslenme, katetere bağlı enfeksiyon riski belirlenmiştir.²⁰⁻²²

5. Boşaltım Aktivitesi

Birbirinden farklı iki beden sisteminin fizyolojik sonuçlarını oluşturan boşaltım yaşamın sürdürülmesi için gerekli en temel ve en mahrem aktivitelerdendir.¹² YBÜ'deki bireylerin çoğu boşaltım aktivitesini üretral sonda, sistostomi gibi yardımcı araçlarla bağımlı şekilde gerçekleştirmektedir.²³ Yoğun bakımda izlenen olguda üriner kateterizasyona bağlı enfeksiyon riski tanılanmıştır. Ayrıca enteral ve parenteral beslenen olguda diyare gelişmiştir.²⁰⁻²²

6. Kişisel Temizlik ve Giyinme Aktivitesi

Bu aktivite, bireylerin temiz ve iyi görünümde olmalarının yanı sıra özgüven ve sorumluluklarının yerine getirilmesine yardımcı olan, cinsel ifadelerini yansıtan ve sözsüz iletişim yollarından biri olan bir aktivitedir.¹²

YBÜ'de izlenen hastada NF sonrası uygulanan debridman bölgesinin genişliği, endotrakeal tüp, santral venöz kateter, üriner kateter, monitorizasyonun varlığı hastanın yatağa bağımlılığına ve hareket kısıtlılığına neden olmuştur. Bu durum olgunun kişisel temizlik ve hareket aktivitesinde bağımlı olmasına yol açmıştır. Ayrıca yatağa bağımlılık ve hareketsizlik nedeniyle olgunun sakrum bölgesinde (3. derece), topuklarında (1. ve 2. derece), bacaklarında ve sırtında (1. derece) basınç yarası/doku bütünlüğünde bozulma

oluşturmuştur. Hastada hemşirelik tanısı olarak hareket kısıtlılığına bağlı özbakım eksikliği saptanmıştır.²⁰⁻²²

7. Vücut Sıcaklığının Kontrolü Aktivitesi

Sağlıklı birey vücut sıcaklığının kontrolünü yerine getirebilirken hasta bireyin bu durum için genellikle yardıma ihtiyacı olmaktadır. Hasta bireylerin giyinmesi, ortam ısısının sağlanması, havalandırılması, vücut sıcaklığının ölçülmesi, bu konudaki gereksinimlerin saptanıp çözümlenmesi hemşirenin sorumluluğundadır.¹²

Olgunun hastaneye kabulünde 38⁰C'nin üzerinde olan vücut sıcaklığı yoğun bakımda takip edildiği dönemde normal değerlerde izlenmiştir. Bununla birlikte yoğun bakım ortamında sıcaklığın daha düşük olması, parenteral sıvı infüzyonu ve hastanın üzerinde giysi olmaması hipotermi riskine, hastane enfeksiyonları ise hipertermi riskine yol açabileceği için hasta bu riskler açısından da gözlenmiştir.²⁰⁻²²

8. Hareket

Bağımlılık bağımsızlık dizgesiyle de yakından ilgili olan hareket aktivitesi, bireyin diğer yaşam aktivitelerini yerine getirme durumunu doğrudan etkilemektedir.¹²

Olgunun sağ uyluğunda NF ile ilişkili geniş bir debridman bölgesinin olması ve mekanik ventilatöre bağlı olması hareket aktivitesini kısıtlamıştır. Hareketsizliğe bağlı sakral bölgede, topuklarda, bacaklarda ve sırtta oluşan basınç yaraları sonucu fiziksel harekette ve doku bütünlüğünde bozulma saptanmıştır.²⁰⁻²² Hastaya pozisyon değişikliği ve ROM egzersizleri uygulanmış, ayrıca fizik tedavi desteği de sağlanmıştır.

9. Çalışma ve Eğlence Aktivitesi

Çalışma ve eğlence aktivitesi sağlıklı bireyin, geçimini sağlama ve zamanını değerlendirmesi için bir uğraş edinip çalışması ve geriye kalan zamanını ise kendisine zevk verecek türde bir aktivite ile değerlendirmesini ifade etmektedir.¹²⁻¹³

Emekli olan olgu zamanının çoğunu eşi ile birlikte geçirdiğini ifade etmektedir. Eşi ve çocuklarının kendisini ziyaret etmesinin onu mutlu ettiğini belirtmiştir. Yoğun bakımda olduğu sürede ziyaretçi kısıtlamasının olması, cerrahi alanın genişliği ve ventilatöre bağlı olma, göğüs tüpü, NG kateter varlığı hastanın hareketlerini kısıtlayarak konforunu bozmuş, sözlü iletişimde bozulma, sosyal izolasyon ve korku yaşamasına yol açmıştır.²⁰⁻²²

10. Cinselliği İfade Etme Aktivitesi

Cinsellik aktivitesi cinsel yaşam kadar fiziksel görünüş, giyim tarzı, iletişim ve ilişkiler ile de yakından ilişkilidir.¹² Bu çerçevede olgunun giyim tarzı, aile ve sosyal çevresiyle ilişkisi, iş ve eğlence seçimi cinsel kimliğini yansıtmakta idi. İdrar sondası olan hastada, hastanede yattığı dönemde normal olmayan kızarıklık, kanama veya akıntı

gözlenmemiştir. Hastada basınç yaralarının oluşumu, trakeostomi, santral ve üreter kateterlerin varlığı nedeniyle beden imajı algısında bozulma gözlenmiştir.²⁰⁻²²

11. Uyku ve Dinlenme Aktivitesi

İnsan yaşamında temel ve vazgeçilmez aktivitelerden biri olan uyku, hücrel büyüme ve yenilenme, stresle başetmede önemli rol oynamaktadır.¹² Olguda NF'e bağlı geniş bir debridman alanının olması, endotrakeal ve göğüs tüpünün varlığı, yoğun bakım ortamındaki gürültü ve aydınlatmadan dolayı zaman zaman ajitasyon belirtileri ile birlikte uykusuzluk ve uyku biçiminde bozulma gözlenmiştir.²⁰⁻²²

12. Ölüm Aktivitesi

Yaşamın sonunu ifade eden ölüm aktivitesi; tüm yaşam aktivitelerini etkilemesi açısından önemli bir kavramdır.¹³ Hastanın yaşının 72 olması ve tedavi esnasında genel durumunda kötüleşme olması aile bireylerini endişelendirmiş ve eşi ve çocukları hastanın ölmesinden korktuklarını ifade etmişlerdir. Hasta ise kendisi için ölümü doğal kabul ettiğini ve yeterince yaşamış olduğunu ifade etmiştir.

Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler

Biyolojik faktörler: Hastanın 72 yaşında olması, hastanede yattığı dönem boyunca ağrı, uykusuzluk, hareket kısıtlılığı deneyimlemesi, beslenme, solunum, boşaltım fonksiyonlarındaki değişimler biyolojik faktörler içerisinde değerlendirilmeye birlikte yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyen faktörlerdir.

Psikolojik faktörler: Hastanın hastanede yatma, ağrı, solunum gücünün yaşama, göğüs tüpünün olması,

yoğun bakım ortamında takip edilmesi, stres ve endişe yaşamasına bağlı yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenmektedir.

Sosyokültürel faktörler: Hasta ve ailesinin sahip olduğu sosyokültürel özellikler bakım ve tedavisini olumsuz yönde etkilememektedir.

Çevresel faktörler: Yoğun bakımda tedavi olma ve ziyaretçi kısıtlamasının olması hastanın yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemektedir.

Politiko-ekonomik faktörler: Hastanın sosyal güvencesinin olması, ailenin geçim sıkıntısı çekmediğini ifade etmesi ekonomik olarak sorun yaşanmadığını göstermekte idi.

Bağımlılık Bağımsızlık Dizgesi

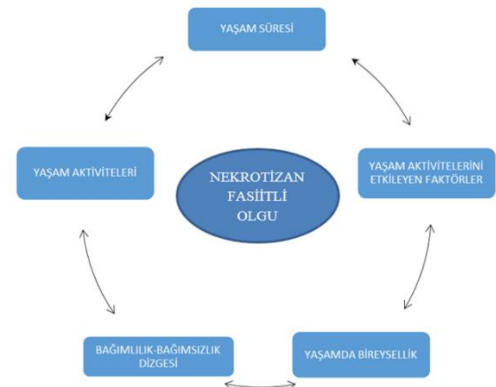
Hastanın hastanede yattığı dönem içerisinde yaşam aktivitelerinin bazılarını yerine getirmede bağımlılık/bağımsızlık deneyimlediği dönemler olmuştur.

Yaşamda Bireysellik

Tüm yaşam aktivitelerini her insan farklı bir biçimde gerçekleştirir.¹² Yaşam süresinin yaşlılık evresinde olan olgu, yaşam aktivitelerini bağımlı/bağımsız olarak yerine getirirken biyolojik-psikolojik, sosyokültürel, çevresel ve ekonomik çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Modelin yaşamda bireysellik ögesi tüm diğer ögelerin birbiriyle karşılıklı etkileşiminde, tek ve eşsiz olan bireyde farklı yanıtlar ortaya çıkarabilmektedir. Bu nedenle olgunun tanılanması, yaşamda bireysellik ögesi doğrultusunda yaşam modelinin tüm diğer ögeleri dikkate alınarak yapılmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşireler hasta bakımının planlanmasında bakımın sistematik, amaçlı ve etkili olması için hemşirelik modellerinden yararlanırlar. Hemşirelik modellerinden biri olan yaşam modeli bireyi bir bütün olarak ele alması, holistik ve hümanistik yaklaşımla bakımı sağlaması, eğitim ve uygulamaya aktarılmasının kolay olması nedeniyle tercih edilmiştir. Bu çalışmada YBÜ'nde yatan NF'li bir olgu yaşam modeli doğrultusunda incelenmiş ve hemşirelik tanıları NANDA-I'ya göre belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda yaşam modelinin, NF'li hastanın tanılamasında etkin ve kullanılabilir bir model olarak YBÜ'nde çalışan ve yara bakımı veren hemşirelere rehber olacağı düşünülmektedir.



Şekil 1. Nekrotizan fasiit ve yaşam modeli ilişkisi



Resim 1. Debridman sonrası NF bölgesinin görünümü



Resim 2. Sakral bölgede gelişen basınç yarası

KAYNAKLAR

1. Ergün, SS, Ulay, M, Güzey, D, Çelebi, F, Atılganoğlu U. (2001). "Nekrotizan fasiit". İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası, 64 [3]:189-194.
2. Motor, VK, Evirgen, Ö, İnci, M, Özden, R, Doğramacı, AÇ, Gündeşlioğlu, AÖ, ve ark. (2013). "Ciddi bir yumuşak doku enfeksiyonu: nekrotizan fasiit". Tıp Araştırmaları Dergisi, 11[3]:124-127.
3. Uluğ, M, Çelen, MK, Geyik, MF, Hoşoğlu, S, Ayaz, C. (2009). "İntramüsküler injeksiyon sonrası gelişen nekrotizan fasiit olgusu ve literatürün irdelenmesi". Klimik Dergisi, 22[3]: 103-5.
4. Vayvada, H, Demirdöver, C, Menderes, A, Karaca, C. (2012). "Nekrotizan fasiit: tanı, tedavi ve literatürün gözden geçirilmesi". Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, 18[6]:507-513.
5. Shaikh, N, Khawaiter, J, Al-Thani, H. (2012). "Necrotizing fasciitis: a surgical and medical emergency". Surgical Science, 3: 518-525.
6. Özgönül, A, Yazar, S, Uzunköy, A, Bitiren, M. (2007). "Nekrotizan fasiit: 18 hasta ile konunun irdelenmesi". Tıp Araştırmaları Dergisi, 5[3]:111-114.
7. Misiakos, EP, Bagias, G, Patapis, P, Sotiropoulos, D, Kanavidis, P, Machairas, A. (2014). "Current concepts in the management of necrotizing fasciitis". Frontiers in Surgery, 1: 1-10.
8. Turhan, Ö, Büyüktuna, SA, İnan, D, Saba, R, Yalçın, AN. (2011). "Nekrotizan fasiit tanısıyla izlenen 44 olgunun klinik değerlendirmesi". Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, 17 [1]:29-32.
9. Acaroğlu, R, Şendir, M, Kaya, H. (2012). "Hemşirelik Süreci". Babadağ K, Atabek Aşti T. (Ed.). Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. 8-20. Gözden Geçirilmiş 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti.
10. Aktaş, A, Erden, S, Yılmaz, İ, Atabek Aşti, T, Hatipoğlu, E. (2013). "Tip 2 diyabetli olgunun bir hemşirelik modeli doğrultusunda incelenmesi". Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi, 5[2]:28-36.
11. Özer, S, Gökçe, S. (2015). "Neuman sistemler modeli'nin hemodiyaliz tedavisi gören bir olguda uygulanması". Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 12[1]:69-77.
12. Kaya, N. (2012). "Yaşam Modeli". Babadağ K, Atabek Aşti T. (Ed.). Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. 1-7. Gözden Geçirilmiş 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti.
13. Roper, N, Logan, W, Tierney, AJ. (1996). "The Elements of Nursing A model for nursing based on a model of living". [4th ed.]. Churchill Livingstone, Harcourt Brace and Co., Edinburgh.
14. Kurt, G, Beyaztaş, FY, Erkol, Z. (2010). "Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti". Adli Tıp Dergisi, 24[2]:32-39.
15. Türkiye'de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2007
16. Bozkurt, M, Zor, F, Külahçı, Y, Benlier, E. (2006). "Önkolda nekrotizan fasiit: olgu sunumu ve literatür taraması". Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 37:17-19.
17. Ayhan, S, Demirtaş, Y, Biri, A, Başterzi, Y, Bayramoğlu, Ö, Latifoğlu, O. ve ark. (2004). "Ölümcül nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonu: derleme ve iki olgu sunumu". Türk Plastik Rekonstrüktif Est. Cerrahi Dergisi, 12[1]: 69-73.
18. Bellapianta, JM, Ljungquist, K, Tobin, E, Uhl, R. (2009). "Necrotizing fasciitis". Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 17[3]:174-182.
19. Birol, L. (2009). "Hemşirelik Süreci". Etki Yayınları İzmir.
20. NANDA International (2012). Nursing diagnoses definitions and classification 2012-2014. books.google.com > ... > Nursing > General. Erişim 06.01.2016.
21. Carpenito-Moyet, LJ. (2012). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. F. Erdemir [Ed.], İstanbul; Nobel Tıp Kitabevleri
22. Terzi, B. (2014). Yoğun bakım ünitesinde planlı kabul protokolü uygulamasının hastanın konfor düzeyi ve fizyolojik parametrelerine etkisi. İstanbul Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
23. Terzi, B, Kaya, N. (2011). Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Dergisi, 1: 21-25

Neuman Açık Sistemler Modeline Göre Bir Vaka Değerlendirmesi Çalışması

A Case Evaluation Based On the Neuman Open Systems Model

Burcu GENÇ KÖSE¹, Birs el Canan DEMİRBAĞ²

ÖZET

Hastalık bireyin yaşamında stres yaratan bir süreçtir. Özellikle süregelen hastalıklar bireylerde yaşam kalitesini düşürmekte, sağlık kurumlarına bağımlılığı arttırmakta ve farklı bireylerde farklı stresörler yaratmaktadır. Hasta bireylerin tedaviden yarar sağlamaları ve yeni duruma uyum sağlamalarını kolaylaştırmak için hemşireler çeşitli hemşirelik modellerine dayanarak hemşirelik bakımı sunabilmeleri gereklidir. Bu modellerden biri de Neuman Açık Sistemler Modelidir. Bu çalışmada, hemodiyaliz tedavisi gören bir bayan hastanın algıladığı stresörler ve etkilenme durumu Neuman Açık Sistemler Modeline göre izlenmiş ve hemşirelik bakım planı oluşturulmuştur. Hemodiyaliz gibi süregelen hastalıklarda bu modelin kullanımı uygun bir yol gösterici olabilir. Bu vaka çalışması, Neuman Açık Sistemler Modelinin farklı tanılarda, farklı bireylerde ve farklı yaşam olaylarında rahatlıkla kullanılabilir olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: Neuman Açık Sistemler Modeli, hemodiyaliz, vaka çalışması, hemşirelik, bakım

ABSTRACT

Disease is a condition that causes stress in humans' lives. Chronic diseases in particular reduce people's quality of life, aggravate their dependence on health institutions and produce different stressors among different people. It is necessary for nurses to provide nursing care by using different nursing models so that sick individuals can benefit from treatment and adapt into the new situation. One of these models is Neuman's Systems Model. In this study, stressors and exposure level experienced by a female patient who received hemodialysis treatment were observed according to Neuman's Systems Model and a nursing care plan was designed. In chronic disease like hemodialysis, using this model may be an appropriate guide. This case study proved that Neuman's Systems Model can comfortably be used in different diagnosis, different individuals and different life events

Key Words: Neuman's Systems Model, hemodialysis, case study, nursing, care

¹ Öğr. Gör. Psikiyatri Hemşireliği Uzmanlığı, RTEÜ SHMYO

² Doç. Dr. Halk Sağlığı Hemşireliği, KTÜ SBF

GİRİŞ VE AMAÇ

Hastaneye yatmak ve böbrek hastalıkları gibi süregelen bir hastalık tanısı almak bireylerde stres oluşturan süreçlere neden olmaktadır. Yaşanan bu stres bireylerde anksiyete, depresyon gibi psikolojik problemlere neden olabilmektedir.¹⁻³

Hemşireler hemşirelik bakımını gerçekleştirirken, hastaların fizyolojik ve psikolojik stresörlerini gözardı etmemeleri ve bakım süreçlerini bir modele dayandırmaları gereklidir. Model temelli bakım süreci hem hastanın ihtiyaçlarının daha ayrıntılı belirlenmesini kolaylaştırmakta hem de bakımın kalitesini arttırmaktadır. Bu modellerden biri de Neuman Açık Sistemler Modelidir. Oluşturulduğu günden itibaren güvenilirliği ve bilimsel bütünlüğü denenmiş olan model, hemşirelik uygulamalarına katkıda bulunmuş ve hemşirelik bakım planını sistematik hale getirerek ortak bir kültür sağlamıştır.⁴⁻⁶

Bu model de stresin hastadaki olumsuz etkilerinden, esnek savunma halkasından, normal savunma halkasından ve direnç halkasından söz edilmektedir. Direnç halkası temel yapıyı stresörlerin olumsuz etkilerinden koruyan mekanizmasıdır. Esnek savunma halkası ise hasta sisteminin dış sınırlarını gösterir ve stresörlerin hastanın sistemine girmesini engelleyerek iyilik halini korur.⁷⁻¹⁰

Model de, stresörlerin her zaman negatif olmadığı ve herkes üzerinde aynı olumsuz etkiyi göstermediği ifade edilmektedir. Stresörler eğer normal savunma halkasına girerse, hastanın sistemi bozulabilmektedir. Model, stresörlerin birey üzerindeki etkilerini üç başlık altında toplamaktadır;

- Kişilerin içindeki güçler.
- Kişilerarası ilişkilerden gelen güçler.
- Kişinin dışından gelen güçler.¹¹

Açık Sistemler modeline göre, bu güçler hasta sisteminde dengesizliğe sebep oluşturursa koruyucu önlemler hemşireler tarafından ele alınmalıdır.

a) Birincil koruma: Bir stres sahibi bulunduğu anda birincil koruma

gerçekleştirilmelidir. Amacı, stresörlerin normal savunma halkasına nüfus etmesini önlemek, esnek savunma halkasını güçlendirmektir.

b) İkincil koruma: Stresörlere karşı ilk müdahalenin yapıldığı süreçtir. Amacı, savunmanın iç halkalarını güçlendirmektir.

c) Üçüncül koruma: Hasta sisteminin stabil seviyesine uygun olarak hastanın restorasyon yani adaptasyonunun gerçekleştiği koruma düzeyidir. Amacı, varolanı korumak, gerilemeyi önlemek ve yeniden uyum yapmak üzerine odaklanmaktadır.^{10, 11}

Betty Neuman sistem modelinde her birey beş değişken çeşidinden etkilenen temel bir yapıdadır; bu değişkenler fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve maneviyattır.¹²

Modele göre hemşire, bu değişkenleri değerlendirerek üç maddeden oluşan güçleri tanımlar ve birincil, ikincil, üçüncül korumayı gerçekleştirir.^{7, 13, 14}

Neuman tanılama aşamasını kolaylaştırmak için de bir veri toplama formu oluşturmuştur.

A) Hemşirelik tanıları

1- Veri tabanı ve tanılama

- Beş hasta değişkeni arasında etkileşimin tanımlanması, sınıflandırılması ve değerlendirilmesi

- İç, dış ve kişilerarası alanlarda kaynakların ve stresörlerin tanımlanması

- Hasta ve bakım vericilerin algılarındaki farklılıkları tanımlama

- Algısal farklılıkları çözmeye çalışmak

2- İyilikten gerçek ya da potansiyel değişim

B) Hemşirelik amaçları

1- Beklenen sonuçlar; iyilikten gerçek ya da potansiyel değişimin üstesinden gelmek için istenilen davranışsal yanıtlar

- 2- Planlanmış girişimler; spesifik hasta davranışları, bakım vericilerinin ya da diğerlerinin beklenen sonuçlara etkisi
- C) Hemşirelik sonuçları
- 1- Gerçek girişimler; uygulanmış olan girişimler
- 2- Değerlendirme ve amacı yeniden düzenleme
 - Spesifik hasta yanıtlarının yeniden analiz edilmesi
 - Kazanılmış beklenen sonuçları belirleme
 - Eğer kazanılmamış sonuçlar varsa nedenini belirleme

- Gereksinimlere göre amacın yeniden düzenlenmesi^{8, 10}

Hemşirenin amacı, hastanın esnek savunma hattını tehdit eden stresörleri tanımlamak ve hastanın iyilik durumunu sürdürmektir.

Bu vaka çalışmasının amacı, heodiyaliz tedavisi alan bir hasta üzerinden yola çıkarak Neuman Açık Sistemler Modelinin farklı hastalarda ve farklı yaşam olaylarında kullanılabilirliğini desteklemek ve literatüre katkıda bulunmaktır.

MATERYAL VE METOT

Hastamız bayan F.K. ile yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler toplamda sekiz hafta boyunca, haftada iki kez ortalama birer saat süre ile gerçekleştirilmiştir. Tüm bilgiler, hastaya sorularak elde edilmiştir. Süreç başlamadan önce hastadan sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Hastanın bilgilerini toplama aşamasında Neuman sistemler modelindeki tanılama sorularından yararlanılmıştır.

Neuman sistemler modeline göre sorulması gereken temel altı sorunun hasta tarafından cevaplanması;

- 1- Zorluk ya da ilgi alanı bakımından en büyük sorununuzun ne olduğunu düşünüyorsunuz?
 - Diyaliz hastası olmadan önce köyde yaşıyordum. Diyalize ulaşım problemi nedeniyle merkeze taşınmak, evimi, komşularımı ve çevremi terk etmek zorunda kaldım. Bu durum beni çok üzüyor.
- 2- Bu yaşam biçiminizi ve yaşam tarzınızı nasıl etkiledi?
 - Alışkın olduğum çevrem değişti. Haftanın üç günü buraya bağımlı olmak zorunda kaldım. Komşu gezmelerim kalmadı. Ekonomik problemim olmadığı için hemodiyaliz öncesi çok gezerdim. Şimdi ise evime kapandım.

3- Daha önceden hiç buna benzer sorunla karşılaştınız mı? Varsa sorun neydi? Ve nasıl ele aldınız? Sorunu ele alışınız başarılı mıydı?

- 28 yıl önce aniden nedeni belli olmayan titreme, huzursuzluk, dilimde uyuşukluk ve halsizlik gibi belirtiler yaşadım. Yaklaşık 40 gün sürdü. Çok merkeze gittim. Çeşitli doktorlara göründüm. Sonuç bulunamadı ve şimdide olduğu gibi hayatımdan endişe ettim. Sonra psikiyatriye gönderdiler. İsmimi hatırlamadığım bir ilaç başladılar. İlaç iyi gelmişti ve rahatlamıştım.

4- Mevcut durumunuza dayanarak gelecekteki durumunuz konusunda ne düşünüyorsunuz?

- İleride yatalak olup birilerinin eline kalmaktan korkuyorum. Yaşlılık zaten düşürüyor bide hastalık olunca sanki daha çok yatağa bağlı kalacağım gibi geliyor.

5- Kendiniz için ne yapıyorsunuz ve ne yapabilirsiniz?

- Hastalık durumumu daha iyi geçirmek için dua ediyorum. Ama namaz kılamıyorum. Çünkü kendimi sürekli yorgun hissediyorum. Başka ne yapabilirim ki?

6- Aile, arkadaş ve diğerlerinin sizin için ne yapmasını istiyorsunuz?

- Ailem için değerli olduğumu düşünüyorum. Beni sevmeseler hastaneye getirip götürmezlerdi. Ama

İki oğlum sürekli kavga ediyor ve küsüyor. Aralarındaki sorunlarını çözseler beni daha da mutlu ederler.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Neuman Açık Sistemler Modeline Göre Hasta Bakım Planı

1- Hastaya Ait Bilgiler:

Adı Soyadı: F. K.

Tanısı: Süreğen böbrek yetmezliği

Hastalığın Süresi: 3 yıl hipertansiyon ile mücadele devamında 4 yıldır hemodiyaliz tedavisi

Diyaliz günleri: Salı, perşembe, cumartesi (4 saat)

Eğitim durumu: İlkokul

Mesleği: Ev hanımı

Yaşı: 70

Boy/kilo: 1,65 cm/76kg

Medeni durumu: Dul

Çocuk sayısı: 4 kız 2 erkek

Hikayesi: Hasta 7 yıl önce idrar yaparken yanma şikayeti ile doktora başvuruyor. Doktor, röntgen tetkiki istiyor. Çıkan röntgende sol böbreğin daha küçük olduğu fark ediliyor. Üroloji doktoruna yönlendiriliyor. Hastaya üroloji ile dahiliye doktoru işbirliği içerisinde 3 yıl hipertansiyon tedavisi uyguluyor ve sonrasında süreğen böbrek yetmezliği tanısı koyulup hemodiyaliz tedavisi başlanıyor.

Sürekli kullandığı ilaçlar: Adalat tb 10 mg 3x1, Eprex flakon (haftalık 3 doz), Cipralax tb 20 mg 1x1

Tahlil sonuçları: 06.04.2017

Hgb: 10,8 ↓

Hct: 35,2↓

Üre: 124↑

Kreatinin: 7,96↑

2- Neuman Açık Sistemler Modeline Göre Hasta Verileri ve Algılanan Stresörler

a) İçsel faktörler

-Fizyolojik sistemler

Ateş: 36,7

Nabız: 70/dk

Tansiyon: 140/90 mmHg

Solunum: 20/dk

Gastrointestinal sistem: Sorun yok

Deri ve Ekleri: Kaşıntı

Nörolojik sistem: Bilinç açık

Genitoüriner sistem: Hastalığına bağlı olarak az idrar çıkışı

Kas iskelet sistemi: Yorgunluk ve hareket kısıtlılığı

Uyku düzeni: Gece ve gündüz uykusu karışık. Uyku düzensizliği mevcut.

-Psikolojik durum

Hasta depresif belirtiler nedeni ile psikiyatrik ilaç kullanıyor. Cipralax 20 mg 1x1. Eşini kaybettikten sonra eşi aklına geldikçe ağlıyor. Yalnızlık duygusunu sıklıkla yaşıyor.

-Sosyokültürel durum

Bayan F. İlkokul mezunu. Ev hanımı. Hiç maddi sıkıntı yaşamamış. Hasta eşinin maaşı dışında gelirleri olduğunu ifade etti. Sağlık giderlerinin karşılanması konusunda hiç endişesi yok. Eşinden ayrılmış bir kızı var onunla birlikte yaşıyor.

-Gelişimsel durum

Bayan F. anne rolünde. Ailesi tarafından değer verildiğini hissediyor. Bakmakla yükümlü olduğu birey bulunmamaktadır. Sadece erken dönemde daha kötü sürece girmekten ve yatağa bağımlı kalmaktan korkuyor.

-Maneviyat durumu

Bu süreci rahat geçirmek için dua ediyor. Ancak yorgunluk ve hareket kısıtlılığından dolayı namaz kılamıyor ve bundan rahatsızlık duyuyor.

b) Kişilerarası faktörler

Hastanın iki oğlu da kendisiyle aynı apartmanda, alt ve üst katında oturmaktadır. İki oğlunun sürekli tartışması ve kavga etmesi bayan F'nin oğullarıyla olan iletişimini olumsuz etkilemiştir.

c) Kişi dışı faktörler

Haftanın üç günü hastaneye bağımlı olmak ve dört saat orada yatıp tedavi almaktan mutsuz. Ulaşım probleminden dolayı taşınmak zorunda olmak ve hastaneye tek başına gelemekten rahatsızlık duymak. Maddi olarak bir sıkıntısı yok.

3- Hemşirelik Tanıları

Tanı 1: Süreğen böbrek yetmezliğine ve uyku düzensizliğine bağılı olarak gelişen yorgunluk ve uyku örüntüsü bozukluğu

Beklenen hasta sonuçları:

- Bireyin günlük aktivitelerini yerine getirebilmesi
- Uyku düzeninin sağlanması
- Fiziksel ve mental olarak çalışma kapasitesinin artması

Planlanan girişimler (ikincil ve üçüncül koruma):

- Hasta yorgunluğun yaşamını nasıl etkilediğini ifade etmesi için cesaretlendirilir.
- Hasta ile birlikte hastanın en çok yorgun olduğu ve en enerjik olduğu zaman aralıkları belirlenir.
- Hastanın belirlenen bu zaman aralıklarına uygun olarak aktivitelerini planlaması gerektiği açıklanır.
- Uyku düzeninin sağlanabilmesi için hastaya uyku hijyeni eğitimi verilir.
- Gün içerisinde yaşayacağı stresin yorgunluğunu arttıracığı söylenerek hasta ile etkili başetme yöntemleri hakkında sohbet edilir.

Tanı 2: Kaşıntıya bağılı olarak deri bütünlüğünde bozulma riski.

Beklenen hasta sonuçları:

- Deri bütünlüğünün sürdürülmesi

Planlanan girişimler (birincil koruma):

- Kaşıntının nedenleri hastaya açıklanır.
- Deri bütünlüğünü bozmamak için uygun nemlendirici kremler önerilir.
- Sıvı alımı uygun şekilde doktor işbirliği ile belirlenir.
- Kaşıma işlevini tırnak yerine avuç içi ile yapması konusunda eğitim verilir.

- Cildinde kızarıklık vb farklılaşma olduğunda hemen doktora ulaşması gerektiği ifade edilir.

Tanı 3: Geleceğe ilişkin olumsuz düşüncelere bağılı oluşan endişe ve korku yaşamaması.

Beklenen hasta sonuçları:

- Hastanın korkularını paylaşması
- Etkili başetme yöntemlerini kullanabilme
- Geleceğe ilişkin daha olumlu düşünceler oluşması

Planlanan girişimler (ikincil ve üçüncül koruma):

- Duygularını ifade etmesi için hasta cesaretlendirilir ve kendisine zaman ayrılır.
- Hastanın geleceğe ilişkin korkuları karşılıklı tartışılır.
- Hastaya düşünceyi durdurma ve yönlendirilmiş hayal etme gibi gevşeme teknikleri öğretilir.

Tanı 4: Yaşadığı çevreden ayrılma sonucu oluşan sosyal izolasyon.

Beklenen hasta sonuçları:

- Çevresiyle daha fazla iletişime girmek istemesi
- Köyüne ve eski çevresine özleminde azalma
- Tedavi günleri dışındaki zamanlarını sevdiklerine ayırma isteği

Planlanan girişimler (ikincil ve üçüncül koruma):

- Hasta ile sık sık iletişim kurulur.
- Hasta yargılanmadan açık bir şekilde dinlenir.
- Belirli bir düzende köyünü ziyaret etmesi ve komşuları ile iletişime geçmesi söylenir.
- Kişiyi anlamaları ve desteklemeleri için aile destek sistemleri devreye sokulur.
- Günlük küçük aktiviteler planlanır.

Tanı 5: Oğullarının kavgası nedeniyle anksiyete yaşaması.

Beklenen hasta sonuçları:

- Hastanın psikolojik ve fizyolojik olarak rahatladığını ifade etmesi
- Daha az ağlaması
- Üzüntüsünün azaldığını ifade etmesi

Planlanan girişimler (birincil ve ikincil koruma):

- Hasta ile güven verici ilişki kurularak anksiyete yaşadığı anları paylaşması sağlanır.
- Tetikleyici durumdan mümkün olduğunca hastanın uzak tutulması için kızı ile konu tartışılır.
- Ağladığı sürede yanında olunur.
- Visseral tepkiler (nabız, solunum) aralıklı olarak kontrol edilir.
- Psikiyatrik ilacını düzenli kullanmasının önemi konusunda hasta ve yakınına (kızına) eğitim verilir.

Tanı 6: Eşinin kaybı ve sağlığının bozulmasına bağlı psikolojik yalnızlık riski.

Beklenen hasta sonuçları:

- Hastanın yalnızlık duygusu yaşamadığını ifade etmesi

Planlanan girişimler (birincil koruma):

- Yalnızlık duygusunu neden yaşadığını açıklaması için hasta cesaretlendirilir.
- Hastanın ailesi ve çevresinden gelen destek sistemleri harekete geçirilir.
- Çocuklarının yanında olmasının kendisi için anlamlı bir ilişki olduğu hastaya hissettirilir.

4- Hemşirelik Sonuçları

Planlanan hemşirelik girişimlerinden üç hafta sonra hastaya ara ara değerlendirmeler yapılmış ve bu değerlendirme beş hafta sürdürülerek hemşirelik sonuçları belirlenmiştir. Hasta yorgunluk sürecini daha planlı şekilde sürdürebildiğini ve uyku düzeninin sağlandığını ifade etmiştir. Diyaliz günleri eve gidip dinlendiğini diğer günler ise aktivitelerini yaptığını söylemiştir. Deri bütünlüğünde bozulma saptanmamıştır. Hastanın yatağa bağımlı olma korkusu hala devam etmekte ama daha az ağlama davranışı sergilemektedir. Oğullarının birbiri ile konuşmaması nedeni ile hastanın anksiyetesi devam etmektedir. Bununla birlikte hasta çevresi ile ilişkisini artırarak kendini rahatlatmaya çalıştığını belirtmiştir. Hastanın devam eden anksiyetesi ve yatağa bağımlı olma korkusu gözardı edilmemeli ve mümkün olduğunca hasta yalnız bırakılmamalıdır. Hasta yakınına (kızı) hastayı sürekli dinlemesi ve yanında olması önerilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Süreğen böbrek hastalıklarında yaşanan psikolojik belirtiler uygun bakım ve yönlendirme ile azaltılabilmektedir.

Yapılan olgu değerlendirmesi sonucunda, Neuman Açık Sistemler Modelinin hemşirelik uygulamalarında yol gösterici olduğu görülmektedir. Neuman modelinin basamakları takip edilerek yapılan hemşirelik

bakım planı, veri kaybını önlemekte ve hemşirelik girişimlerini doğru şekilde planlanmasını sağlamaktadır. Hemşirelerin uygulamalarda veri kaybını önlemek ve doğru tanıları belirlemek adına Neuman Açık Sistemler Modelini kullanmaları ve basamakları uygulayarak kaliteli bakım sunmaları önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Zaybak A, Çevik K. (2015). Yoğun Bakım Ünitesindeki Stresörlerin Hasta ve Hemşireler Tarafından Algılanması. Yoğun Bakım Dergisi, 6:4-9.
- 2- Özdemir Ü, Taşcı S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1(1):57-72.
- 3- Çelik H C, Acar T. (2007). Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Fırat Tıp Dergisi, 12(1):23-27.
- 4- Neuman B, Newman D M L, Holder P. (2000). Leadership-Scholarship Integration: Using the Neuman Systems Model for 21st- Century Professional Nursing Practice. Nursing Science Quartely, 13(1):60-63
- 5- Neuman B. The Neuman Systems Model in Research and Practice. Nursing Science Quartely, 9(2):67-70
- 6- Özkan S, Öztürk C. (2013). Neuman'ın Sistemler Modeli Kullanımına Bir Örnek: Pnömonili Bir Bebeğin Hemşirelik Bakımı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(3):109-114
- 7- Uysal N, Khorshid L, Eşer İ. (2009). Neuman Sistemler Modeline Göre Bir Vaka Çalışması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(3):74-81.
- 8- Velipğlu P. (2012). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Akademi Basın ve Yayıncılık. 2. Baskı
- 9- Coşan Yılmaz M. (2007). Neuman ve Omaha Hemşirelik Sistem Modellerinin Bakımın Sürekliliğinin Sağlanmasında Kullanımının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara
- 10- Güner Ö, Kavlak O. (2015). Neuman Sistemler Modeline Göre Endometriyum Kanseri Hastanın Bakımı: Olgu Sunumu. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(2):94-102.
- 11- Jarosova D. (2014). Nursing Theories and Models. Modernization – Diversification – Innovation
- 12- Greco M. R. ve ark. (2016). Labour Conditions And Theory of Betty Neuman: Third-Party Workers of A Public University. J Nurs UFPE on line, Recife, 10(2):727-735.
- 13- Albayrak S. (2012). Okulda Uygulanan Zorbalığı Önleme Programının Zorbalığın Azaltılmasında Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- 14- Özer S, Gökçe S. (2015). Neuman Sistemler Modeli'nin Hemodiyaliz Tedavisi Gören Bir Olguda Uygulanması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 12(1):69-77.