



GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

ISSN 2146 - 9954



GÜMÜŞHANE UNIVERSITY
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES

Cilt: 6 / Sayı: 2

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 GÜLEŞCİ

Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ



GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ



Sahibi / Owner

Gümüşhane Üniversitesi adına Rektör,
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

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

Bu dergi Türkiye Atf Dizini (Türkiye Citation Index)
tarafından indekslenmektedir.

Yılda dört kez yayınlanır / Published four times per year

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
Asım ÖREM, KTÜ
Aslı 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
Ayşe ÖZFER ÖZÇELİK, AÜ
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
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
Kaan 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
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
Ramazan ERDEM, SDÜ
Saime ŞAHİNÖZ, GŞÜ
Sedat BOSTAN, GŞÜ
Sema KANDİL, KTÜ
Serap ÜNSAR, TÜ

Sevil CENGİZ, GŞÜ
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
Yunus KARACA, KTÜ
Yusuf ÇELİK, HÜ
Yüksel ALİYAZICIOĞLU, KTÜ
Zeynep B.TAKAOĞLU, GŞÜ
Zeynep ERDOĞAN, BEÜ
Zümri 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 2. sayısıdır.

Dergimizin bu sayısında 8 adet bilimsel araştırma makalesi, 8 adet derleme makalesi ve 2 adet olgu sunumu olmak üzere toplam 18 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 düşünmekteyiz.

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 yüreктen 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.	15-49 YAŞ GRUBU KADINLARDA AİLE İÇİ ŞİDDET SIKLIĞI VE ŞİDDETİN DEPRESYONA ETKİSİ THE PREVALENCE OF DOMESTIC VIOLENCE AND THE EFFECT ON DEPRESSION IN 15-49 AGE GROUP WOMEN Ayşe AKALIN, Çiğdem ARIKAN	1-10
2.	HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK ALGILARININ BELİRLENMESİ DETERMINATION OF NURSING STUDENTS' HEALTH PERCEPTION Seval AĞAÇDIKEN ALKAN, Afitap ÖZDELİKARA, Nuran MUMCU BOĞA	11-21
3.	KAMU HASTANELERİNDE KURUMSAL PERFORMANS UYGULAMALARI: YÖNETİCİ VE DİĞER PERSONEL TUTUMLARININ İNCELENMESİ CORPORATE PERFORMANCE APPLICATIONS IN PUBLIC HOSPITALS: INVESTIGATION OF MANAGER AND OTHER STAFF ATTITUDE Muhsin HALİS, İsmail ŞİMŞİR	22-32
4.	DOĞUM EYLEMİNİN BİRİNCİ EVRESİNDEKİ MATERNAL MOBİLİZASYONUN DOĞUM ŞEKLİ VE YENİDOĞAN SAĞLIĞI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ EVALUATION THE EFFECTS OF MATERNAL MOBILIZATION ON MODE OF BIRTH AND NEWBORN HEALTH STATUS IN THE FIRST PHASE OF BIRTH Bihter AKIN, Neriman SOĞUKPINAR, Levent AKMAN, Hüsnü Töre YAVUZŞEN	33-41
5.	DOĞUM EYLEMİNE AKTİF OLARAK KATILAN EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN KAYGI VE ÖZ-GÜVEN DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ INVESTIGATION OF ANXIETY AND SELF-CONFIDENCE LEVELS OF MIDWIFERY STUDENTS' PARTICIPATED IN BIRTH PROCESS ACTIVELY Özlem DURAN AKSOY, Şükran ERTEKİN PINAR, Zeliha Burcu YURTSAL, Sultan UÇUK, Tuğçe ŞAHİN, Hamza YILAN	42-53
6.	BİR ERKEK ÖĞRENCİNİN DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ KLİNİK UYGULAMALARI SIRASINDAKİ MESLEK ALGISI VE DENEYİMLERİ PROFESSIONAL PERCEPTIONS AND EXPERIENCES OF MALE STUDENT IN CLINICAL PRACTICES OF LABOR, WOMEN HEALTH AND DISEASES NURSING COURSE Mehtap UZUN AKSOY, Esra ARSLAN GÜRCÜOĞLU, Aysel TÜFEKÇİ AKCAN	54-63
7.	SAĞLIK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN PROBİYOTİK ÜRÜNLER HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN VE TÜKETİM DURUMUNUN BELİRLENMESİ DETERMINATION OF KNOWLEDGE LEVEL AND CONSUMPTION STATUS OF HEALTH SCHOOL STUDENTS REGARDING PROBIOTIC PRODUCTS Merve YURTTAŞ, Aslı YILMAZ	64-69
8.	HASTA YAKINLARININ HASTANIN DÜŞMESİNİ ÖNLEMEDEKİ ETKİSİ THE IMPACT OF PATIENT RELATIVES IN THE PREVENT PATIENT FALLS Zeynep KIZILCIK ÖZKAN, Seher ÜNVER, Figen DİĞİN	70-76
Derlemeler / Review		
9.	MİKRO BESİN ÖGESİ MALNÜTRİSYONUNDA BESİN DESTEĞİ Mİ? YOKSA ZENGİNLEŞTİRME Mİ? MICRONUTRIENT MALNUTRITION IN NUTRITIONAL SUPPORT? OR ENRICHMENT? Memnune KABAKUŞ	77-82
10.	SMALL BOWEL DISEASES REQUIRING EMERGENCY SURGICAL INTERVENTION ACIL CERRAHİ GİRİŞİM GEREKTİREN İNCE BARSAK HASTALIKLARI Erdal UYSAL, Hasan BAKIR, Ahmet GÜRER, Başar AKSOY	83-89
11.	SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İKİNCİL TRAVMATİK STRES SECONDARY TRAUMATIC STRESS IN HEALTH WORKERS Ayça GÜRKAN , Nihan YALÇINER	90-95
12.	DOĞUM SONU ERKEN DÖNEM HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR CURRENT APPROACHES IN EARLY POSTPARTUM PERIOD NURSING PRACTICES Filiz ÜNAL TOPRAK, Zekiye TURAN, Ayten ŞENTÜRK ERENEL	96-103
13.	MENAPOZAL SICAK BASMASI KONTROLÜNDE KULLANILAN NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLER NON-PHARMACOLOGICAL METHODS USED IN CONTROLLING MENOPAUSAL HOT FLASHES Rukiye HÖBEK AKARSU, Betül KUŞ	104-112
14.	İNTESTİNAL STOMANIN CİNSEL YAŞAM ÜZERİNE ETKİSİ: SİSTEMATİK DERLEME EFFECT OF INTESTINAL STOMA ON SEXUEL LIFE: A SYSTEMATIC REVIEW Pınar TUNÇ TUNA, Esra USLU, Şerife KURŞUN	113-121
15.	HEMŞİRELERDE EMPATİK BECERİ VE ETİK DUYARLILIK İLİŞKİSİ EMPATHIC SKILLS AND ETHICAL SENSITIVITY RELATIONSHIP IN NURSES Seval AĞAÇDIKEN, Aslı AYDOĞAN	122-129
16.	MATERNAL BAKIMDA KANITA DAYALI UYGULAMA KÜLTÜRÜNÜN OLUŞTURULMASI CREATION OF EVIDENCE-BASED PRACTICE CULTURE IN THE MATERNAL CARE Ayşe DELİKTAŞ, Kamile KABUKCUOĞLU	130-138

Olgu Sunumu / Case Report

17. SİTOREDÜKTİF CERRAHİ İLE BİRLİKTE HİPERTERMİK İNTRAPERİTONEAL KEMOTERAPİ UYGULANAN OVER KANSERİ HASTAYA YAKLAŞIM: OLGU SUNUMU **139-145**
THE APPROACH OF OVARIAN CANCER PATIENT WHO CYTOREDUCTIVE SURGERY WITH HYPERTHERMIC INTRAPERITONEAL CHEMOTHERAPY: CASE REPORT
Semra ELMAS, Gül ERTEM
18. PRESEPTAL SELÜLİT TANILI HASTADA ASEPTOMATİK ARAKNOİD KİST: OLGU SUNUMU **146-149**
ASYMPTOMATIC ARACHNOID CYST IN A PATIENT WITH PRESEPTAL CELLULITIS: A CASE REPORT
Alev Cansu CERTEL, Soner Sertan KARA

15-49 YAŞ GRUBU KADINLARDA AİLE İÇİ ŞİDDET SIKLIĞI VE ŞİDDETİN DEPRESYONA ETKİSİ

THE PREVALENCE OF DOMESTIC VIOLENCE AND THE EFFECT ON DEPRESSION IN 15-49 AGE GROUP WOMEN

Ayşe AKALIN¹, Çiğdem ARIKAN²

ÖZET

Araştırma, 15-49 yaş grubu kadınlarda aile içi şiddet sıklığı ve şiddetin depresyona olan etkisinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Çalışma Mart - Nisan 2009'da Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması/Ankara merkezinde yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini 15-49 yaş grubundaki evli 12.510 kadın oluşturmuş olup örneklem büyüklüğü 200 evli kadın olarak belirlenmiştir. Verilerin toplanmasında; Anket Formu ve Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Kruskal Wallis testi, Mann-Whitney U testi ve regresyon analizleri kullanılmıştır.

Çalışmada kadınların %61'inin eşi tarafından şiddete maruz kaldığı, şiddete uğrayan kadınların %50,0'mın sözel, %32,8'inin fiziksel, %10,7'sinin ekonomik ve %6,5'inin cinsel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Ayrıca, eğitim ve gelir düzeyi düşük olan gruplarda aile içi şiddetin daha sık ve aile içi şiddet yaşayanlarda depresif belirti görülme oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Lojistik regresyon analizine göre; geniş ailede yaşayan, aile içi şiddet öyküsü olan, sözel şiddet yaşayan ve aile içi şiddete yönelik destek almayan kadınlarda depresif belirti yaşama oranı artmaktadır ($p<0,05$).

Aile içi şiddetin kadınların depresif belirti yaşamaları üzerine önemli bir etkisi bulunmaktadır. Bu kapsamda, aile içi şiddetin önlenmesi, koruyucu önlemlerin alınması ve ilişkili depresif semptomların azaltılması için multidisipliner yaklaşım gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Şiddet, Aile içi şiddet, Depresyon

ABSTRACT

This study was performed to determine the prevalence of domestic violence and the effect on depression in 15-49 aged women in a descriptive design.

The study was held during the period between Mart - Nisan 2009 in Mother and Child Health and Family Planning Center in Ankara. Population of the study was consisted of all of the married women in this center (N=12.510). The sample of the research was determined as 200 married women. The collection of data employed Questionnaire Form and Beck Depression Inventory. The data were evaluated by number and percentage, mean, standart deviation, Kruskal Walis test, Mann-Whitney U test and regression analysis.

It was determined that 61.0% of the women were exposed to domestic violence and 50% of them were exposed to verbal, 32.8% of them were exposed to phsical, 10.7% of them were exposed to economical and 6.6% of them were exposed to sexual violence. Women, whose education and economical level were low had higher frequencies of domestic violence. In addition, domestic violence frequencies were higher for women who had depressive symptom ($p<0.05$). According to logistic regression analysis; depressive symptoms frequency increases for women living in extended families, who have story of domestic violence, who experience verbal violence and not receiving support for violence, ($p<0.05$).

It was determined that domestic violence has a significant impact on women's depressive symptoms. In this respesct, a multidisciplinary approach is needed to reduce the depressive symptoms associated with domestic violence, taking preventive measures and prevention of domestic violence.

Keywords: Violence, Domestic violence, Depression

* Bu çalışma Ayşe AKALIN isimli yazarın Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yaptığı Yüksek Lisans Tez Çalışmasıdır. Tez No: 267111

¹ Bil. Uzm. Hemşire Ayşe AKALIN Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

² Prof. Dr. Çiğdem ARIKAN Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Kadına yönelik aile içi şiddet (KYAİŞ) yaygınlığı ve türleri değişmekle birlikte dünya kadınlarının yaşadığı insan hakları ve özgürlüklerin ihlali olan evrensel bir sorundur.^{1,2} Dünyada kadınların %30'u eşi ya da partneri tarafından uygulanan fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalmaktadır.¹ Ülkemizde ise kadınların %44'ü duygusal, %36'sı fiziksel ve %12'si ise cinsel şiddet yaşamaktadır.² KYAİŞ oldukça yaygın olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmekte olup önlenmesine yönelik sosyal politikaların oluşturulması önem taşımaktadır.³⁻⁵

KYAİŞ, kadınlarda psikolojik veya fizyolojik birçok sağlık sorununun ortaya çıkmasına neden olmaktadır.² Bu sorunlar arasında bilişsel işlevler ve duygu durum bozulmalarına eşlik eden fiziksel ve ruhsal davranış değişiklikleri, umutsuzluk, karamsarlık ve sıkıntı hali olarak tanımlanan depresyon önemli yer tutmaktadır.^{2, 6-9} KYAİŞ'e maruz kalan kadınlarda; engellemeler, hayal kırıklıkları, benlik saygısında azalma ve travmalar depresyon için hazırlayıcı etmenlerdir.¹⁰⁻¹³ Depresyon ise pek çok gelişmiş ülkede sıklıkla kadınlarda karşılaşılan bir ruh sağlığı sorunu olup kadınlarda erkeklerde görüldüğünden daha yaygındır.⁶⁻¹⁰ Özellikle kadınlarda daha fazla görülmesi ise bu grupların depresyon

yönünden daha yakın takip edilmesini zorunlu kılmaktadır.^{9, 10} Literatürde eşleri tarafından şiddete uğrayan kadınların depresyon ve anksiyete gibi psikolojik semptomlar açısından daha fazla risk altında olduğu tespit edilmiştir.¹⁰⁻¹⁴ Ayrıca, kadınlarda depresyonun nedenlerini belirlemeye yönelik yapılan araştırmalarda %50'den daha fazlasının KYAİŞ nedeniyle meydana geldiği görülmektedir.^{6, 14}

Sağlık kurumlarında aile içi şiddet mağduru kadınlara yönelik yapılan girişimler, şiddetin etkilerinin azaltılmasında önem taşımaktadır. Fakat literatürde sağlık profesyonelleri tarafından şiddetin bir sağlık sorunu olarak kabul edilmesi, somatik belirtilerinin tanımlanması ve uygun şekilde müdahale edilme düzeyinin düşük olduğu görülmektedir.^{10, 15} Bu kapsamda KYAİŞ sıklığının belirlenmesi ve şiddet ile depresyon arasındaki ilişkinin tanımlanması; KYAİŞ'e yönelik sosyal politikaların oluşturulması, sağlık profesyonellerinde farkındalık geliştirilmesi ve sağlık profesyonellerinin mesleki yaşamlarında KYAİŞ'e yönelik sorumluluk almasında önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı 15-49 yaş grubu evli kadınların eşleri tarafından şiddete maruz kalma sıklıklarını belirlemek ve şiddetin depresyona olan etkisini değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırmanın evrenini Ankara ili merkezinde bulunan, Çankaya ilçesi 2'nolu Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) bölgesindeki 15-49 yaş grubundaki toplam 12.510 evli kadın oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü NCSS (Number Cruncher Statistical System) &PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanarak

hesaplanmıştır. Bu program yardımıyla, araştırmanın gücü %90 ve $\alpha=0.05$ olacak şekilde örnekleme 200 kişi dahil edilmiştir.¹⁶

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında "Anket Formu" ve "Beck Depresyon Envanteri (BDE)" kullanılmıştır.

Anket Formu: Konuya ilişkin literatür incelenerek¹⁷⁻²⁰ araştırmacılar tarafından

geliştirilen anket formu demografik özellikleri değerlendiren 9, evlilik öyküsünü değerlendiren 9, doğurganlık özelliklerini değerlendiren 7 ve şiddet öyküsünü değerlendiren 8 olmak üzere toplam 33 sorudan oluşmaktadır.

BDE: Depresif semptomların değerlendirilmesi için Beck et al.²¹ tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Hisli²² tarafından yapılmış olup, Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,80'dir. Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayı değeri 0,94 olarak bulunmuştur. 21 sorudan oluşan BDE formunda her bir soru 4 seçenekten oluşmakta ve kişilerden son bir hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi işaretlemesi istenmektedir. Her madde 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmekte olup BDE toplam puanının 17 ve üzerinde olması depresif belirtinin varlığı olarak kabul edilmektedir.^{22, 23}

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi'nden Etik Kurul izni ve

araştırmanın yürütülmesi için Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamında yer alan kadınların yazılı onamları alınarak araştırmaya gönüllü katılımları sağlanmıştır.

Araştırmanın Uygulanması

Veriler Mart - Nisan 2009 tarihleri arasında 2'nolu AÇSAP Merkezinde 15-49 yaş grubu, okuryazar, araştırmaya katılmayı kabul eden ve evli olan kadınlar arasından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, ortalama, standart sapma ve yüzde dağılımları, ayrıca iki bağımsız grupta ortalamalar arasında farkın anlamlılığı için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grupta ortalamalar arasında farkın anlamlılığı için Kruskal-Wallis testi ve Logistik Regresyon analizinden yararlanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyinde $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.¹⁶

BULGULAR VE TARTIŞMA

Kadınların yaş ortalaması $34,0 \pm 7,2$ ve evlilik yaş ortalamaları ise $21,8 \pm 4,3$ 'dür. Kadınların ve eşlerinin %29,5'inin eğitim düzeyi üniversite ve üzeri, %54,5'inin ev hanımı, %44'ünün ekonomik düzeyinin kötü, %50'sinin gelir harcama kararını eşleri ile birlikte aldığı, %41,5'inin uzun süreli il merkezinde yaşadığı ve %83'ünün çekirdek ailede yaşadığı tespit edilmiştir. Kadınların %55'inin 10 yıl ve daha uzun süredir evli olduğu, %91'inin resmi nikâhlı olduğu, %57'sinin anlaşarak evlendiği ve yarım fazlasının (%61) evliliğini "iyi" olarak değerlendirdiği görülmüştür. Araştırma kapsamına alınan kadınların; yaşayan çocuk sayısının ortalama $2,04 \pm 1,2$ olduğu,

%16,0'ının istemsiz düşük, %22,0'ının istemli düşük öyküsü olduğu ve gebeliklerin %61,5'inin planlı olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların, %32,8'inin fiziksel, %50,0'ının sözel, %10,7'sinin ekonomik ve %6,5'inin cinsel şiddet olmak üzere %61'inin eşi tarafından şiddete uğradığı tespit edilmiştir. Ayrıca şiddete uğrayanların %19,5'inin sürekli, %41,5'inin ara sıra şiddet uğradığı ve %58,2'sinin şiddeti evliliğin ilk yıllarında yaşamaya başladığı tespit edilmiştir. Kadınların eşlerinin %13,3'ünün çocuklarına da şiddet uyguladığı %33,9'unun çocuğuna kadının kendisinin

Tablo 1. Şiddete Maruz Kalma ve Şiddet Türlerinin Dağılımı (n=200)

Şiddet özellikleri	Sayı	%
Şiddete uğrama durumu		
Evet	122	61,0
Hayır	78	39,0
Uğranılan şiddet türü (n=122)**		
Fiziksel şiddet	40	32,8
Sözel/duygusal şiddet	61	50,0
Ekonomik şiddet	13	10,7
Cinsel şiddet	8	6,5
Şiddete uğrama süresi		
Sürekli	39	19,5
Ara sıra	83	41,5
Hiç bir zaman	78	39,0
Şiddetin evlilikte başlama aşaması (n=122)*		
Evliliğin ilk yılları	71	58,2
Hamilelik dönemi	16	13,1
Doğum sonu dönem	35	28,7
Eşin çocuğa şiddet uygulama durumu (n=165)**		
Evet	22	13,3
Hayır	143	86,7
Kadının çocuğa şiddet uygulama durumu		
Evet	56	33,9
Hayır	109	66,1
Çocuklukta şiddete uğrama durumu		
Evet	47	23,5
Hayır	153	76,5

*Şiddet yaşayanlar dahil edilmiştir,

**Çocuğu olanlar dahil edilmiştir.

şiddet uyguladığı ve %23,5'inin çocuklukta kendisinin de şiddet yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 1). Ayrıca kadınların %39,0'ının şiddete uğradığında hiçbir şey yapmadığı, yalnızca %27,0'ının yardım aldığı belirlenmiştir.

Kadınların bazı sosyo-demografik özellikleri ile depresif semptomları karşılaştırıldığında; ilkökul mezunlarının %53,4'ünün depresif belirti yaşadığı ve yüksek BDE puanına sahip olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Depresif belirti yaşayan kadınların %85,7'sinin çalışmadığı ve %65,4'ünün ekonomik durumunun kötü olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Ayrıca, geniş ailede yaşayan kadınların %58,8'i depresif belirti yaşamakta iken depresif belirti yaşayan kadınların %52,6'sının yaşamının en uzun dönemini köyde geçirdiği ve yüksek BDE puanına (15,23±8,51) sahip olduğu belirlenmiştir (p<0,05) (Tablo 2).

Araştırma kapsamına alınan kadınların evlilik özellikleri ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde; depresif belirti yaşayan kadınların %40,0'ünün görücü usulü ile evlendiği, yarımından fazlasının (%61,1) imam nikâhlı ve %36,7'sinin 10 yıl ve üzeri evli olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Depresif Belirtilere Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Tanımlayıcı özellikler	Yok		Var		BDE	
	Sayı(%)	Sayı(%)	Analiz ^b	X±SD	Analiz	
Kadının eğitim düzeyi						
İlkökul	27(46,6)	31(53,4)		15,98±7,44		
Ortaokul	10(52,6)	9 (47,4)	18,097	13,63±6,24	51,839 ^c	
Lise	42(65,6)	22(34,4)	p<0,001 ^a	12,63± 8,84	p<0,001 ^a	
Üniversite	49(83,1)	10(16,9)		6,12± 4,82		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	54(85,7)	9 (14,3)	18,822	13,93±8,22	6,192 ^d	
Çalışmıyor	74(54,0)	63(46,0)	p<0,001 ^a	7,08±5,59	p<0,001 ^a	
Ekonomik durum						
Kötü	18(34,6)	34(65,4)		17,08±8,21		
Orta	59(67,0)	29(33,0)	31,326	11,47±7,90	36,788 ^c	
İyi	51(85,0)	9(15,0)	p<0,001 ^a	7,63± 5,51	p<0,001 ^a	
Aile tipi						
Çekirdek aile	114(68,7)	52(31,3)	9,262	10,61±7,53	3,888 ^d	
Geniş aile	14(41,2)	20(58,8)	p=0,002 ^a	17,47±8,65	p<0,001 ^a	
En uzun süre yaşanan yer						
Köy	27(47,4)	30(52,6)		15,23± 8,51		
İlçe	40(66,7)	20(33,3)	10,275	10,68 ±7,57	14,388 ^c	
İl	61(73,5)	22(26,5)	p=0,006 ^a	10,19± 7,63	p=0,001 ^a	

^ap<0,05; ^bX² test; ^cKruskall Wallis testi; ^dMann-Whitney U testi

Kadınların maruz kaldığı şiddet özellikleri ve depresif belirtiler karşılaştırıldığında; depresif belirti gösteren kadınların %46,7'sinin eşi tarafından halen şiddete uğradığı ve gebelik döneminde (%40) ve doğum sonu döneminde (%57) şiddet yaşayan kadınların daha fazla oranda depresif belirti yaşadığı saptanmıştır (p>0,05). Depresif belirti yaşayan kadınların %68,2'sinin fiziksel, %50,4'ünün sözel, %34,5'inin

ekonomik ve %38,1'inin cinsel şiddet yaşadığı görülmüştür. Bunların arasında fiziksel ve sözel şiddet yaşayan kadınların BDE puan ortalaması ise daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). Şiddete uğradığında hiçbir şey yapmayan kadınların çoğunluğu (%55,1) depresif belirti yaşarken, karşılık verenlerin yalnızca %16,2'sinin depresif belirti yaşadığı saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 3).

Tablo 3. Şiddet Özelliklerinin Depresif Belirti Varlığı Yönünden Dağılımı

Şiddet özellikleri	Depresif belirti		Analiz ^b	BDE	
	Yok Sayı(%)	Var Sayı(%)		X±SD	Analiz
Şiddet yaşama durumu					
Evet	65(53,3)	57(46,7)	15,607	15,74±7,62	6,878 ^d
Hayır	63(80,8)	15(19,2)	p<0,001 ^a	5,58±3,98	p<0,001 ^a
Şiddetin başlangıcı					
Evliliğin ilk yılları	14(53,8)	12(46,2)	4,106	15,47±7,55	3,032 ^c
Gebelik dönemi	27(60,0)	18(40,0)	p=0,250	18,56±7,70	p=0,37
Doğum sonu dönem	22(43,0)	29(57,0)		14,66±6,37	
Fiziksel şiddet					
Evet	14(31,8)	30(68,2)	25,357	19,43±6,95	6,491 ^d
Hayır	114(73,1)	42(26,9)	p<0,001 ^a	9,74±7,17	p<0,001 ^a
Sözel şiddet					
Evet	56(49,6)	57(50,4)	23,517	16,16±7,64	6,402 ^d
Hayır	72(82,8)	15(17,2)	p<0,001 ^a	7,02±5,60	p<0,001 ^a
Ekonomik şiddet					
Evet	19(65,5)	10(34,5)	0,034	13,14±7,44	0,500 ^d
Hayır	109(63,7)	62(36,3)	p=0,854	11,54±8,24	p=0,617
Cinsel şiddet					
Evet	13(61,9)	8(38,1)	0,051	14,81±6,14	1,536 ^d
Hayır	114(64,4)	63(35,6)	p=0,821	11,48±8,30	p=0,124
Şiddete uğrandığında ne yapıldığı					
Hiçbir şey yapmıyor	35(44,9)	43(55,1)	24,152	16,41±8,20	31,142 ^c
Yardım alıyor	36(66,7)	18(33,3)	p<0,001 ^a	11,30±7,38	p<0,001 ^a
Karşılık veriyor	57(83,8)	11(16,2)		8,78±6,19	

^ap<0,05; ^bX² testi; ^cKruskall Wallis testi; ^dMann-Whitney U testi

Kadınların çocuğa yönelik şiddet özellikleri ve depresif belirtileri karşılaştırıldığında, eşi tarafından çocuğuna şiddet uygulanan kadınların %68,2'sinin de kendi çocuğuna şiddet uyguladığı ve bu kadınların BDE puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p>0,05).

İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte çocukluk döneminde şiddete uğrayan kadınların daha yüksek oranda depresif belirti yaşadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 4).

Tablo 4. Çocuğa Yönelik Şiddet Özelliklerinin Depresif Belirti Varlığı Yönünden Dağılımı

Şiddet özellikleri	Depresif belirti		Analiz ^b	BDE	
	Yok Sayı(%)	Var Sayı(%)		X±SD	Analiz
Eşin çocuğa şiddet uygulaması					
Evet	7(31,8)	15(68,2)	13,872	18,77±5,78	3,762
Hayır	103(72,0)	40(28,0)	p<0,001 ^a	12,17±7,58	p<0,001 ^a
Kadının çocuğuna şiddet uygulaması					
Evet	27(48,2)	29(51,8)	2,832	15,20±6,30	2,86
Hayır	74(67,9)	35(32,1)	p=0,092	11,94±8,12	p=0,004 ^a
Çocuklukta şiddete uğrama					
Evet	20 (42,5)	27(57,4)	3,102	14,14±6,54	1,476
Hayır	90(58,8)	63(41,2)	p=0,140	6,03±4,52	p=0,148

^ap<0,05; ^bX² test; ^cMann-Whitney U testi

Tablo 5'te kadınların depresif belirti yaşama düzeyleri; eğitim düzeyi, ekonomik durum algısı, aile tipi, yerleşim yeri, şiddet yaşama durumu, sözel şiddet yaşama, fiziksel şiddet yaşama, şiddete maruz kalma süresi ve şiddete yönelik destek alma durumu binary lojistik regresyon modeli ile incelenmiştir. Depresyon belirtisi yaşama

durumu; çekirdek aile tipinde olanlara göre geniş ailelerde 3,1 kat (OR=3,1; %95 GA=1,4-6,6) daha yüksektir. Şiddet yaşayanlarda 3,6 kat (OR=3,6; %95 GA=1,8-7,1), sözel şiddet yaşayanlarda 3,9 kat (OR=3,9; %95 GA=1,3-12,0) ve şiddete yönelik destek almayanlarda 2,5 kat (OR=2,5; %95 GA=1,1-5,2) daha fazla oranda depresif belirtiler görülmektedir.

Tablo 5. Depresif Belirti Varlığına Yönelik Risk Faktörlerinin Regresyon Analizi

Risk faktörleri	OR	%95 GA	p
Eğitim düzeyi			
Lise ve üzeri	1		
İlköğretim	2,23	0,83-6,04	0,11
Ekonomik durum algısı			
Orta ve yüksek gelir	1		
Düşük gelir	3,13	1,26-7,76	0,14
Aile tipi			
Çekirdek aile	1		
Geniş aile	3,13	1,46-6,68	0,00*
Yerleşim yeri			
İlçe ve il	1		
Köy	1,91	0,80-4,55	0,14
Şiddet yaşama durumu			
Evet	1		
Hayır	3,68	1,89-7,16	0,00*
Sözel şiddet yaşama			
Evet	1		
Hayır	3,96	1,30-12,01	0,01*
Fiziksel şiddet yaşama			
Evet	1		
Hayır	2,40	0,92-6,25	0,07
Şiddet yaşama süresi			
Ara sıra	1		
Sürekli	1,39	0,99-1,96	0,05
Şiddete yönelik destek alma			
Destek alan	1		
Destek almayan	2,50	1,18-5,29	0,01*

* p<0,05; GA, Güven Aralığı

Çalışmamızda, kadınların %61'inin eşi tarafından şiddete uğradığı, yaklaşık 5'te birinin (%19,5) şiddet sıklığının sürekli olduğu ve yarısından fazlasının (%58,2) şiddet yaşamaya evliliğin ilk yıllarında başladığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda şiddet yaşama oranlarında farklılık olmakla birlikte çalışma bulgusuyla benzer bir şekilde kadınların şiddete uğradığı görülmektedir.^{18,24-32} Oranlardaki farklılıkların örneklemelerin niteliğinden şiddetin tanımlanmasından ve araştırma yöntemlerindeki farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Fakat genel olarak bu bulgular şiddetin halk sağlığı sorunu olarak yaygınlığını göstermesi açısından önem taşımaktadır.

Çalışmamızda, şiddet tipleri açısından kadınların %50'sinin sözel şiddet, %32,8'inin fiziksel şiddet, %10,7'si ekonomik şiddet ve %6,6'sının cinsel şiddet yaşadığı tespit edilmiştir. Çalışır ve ark.¹⁸ çalışmasında kadınların %23'ü aile içinde duygusal şiddet, %14,4'ü fiziksel şiddet, %9,2'si de istemedikleri halde eşleri tarafından cinsel ilişkiye zorlanarak cinsel şiddet yaşadıklarını belirtmiştir. Ayranç, Günay ve Ünlüoğlu²⁴ yaptıkları çalışmada maruz kalınan şiddet türünün %99,1'inin sözel, %36,4'ünün fiziksel, %5,4'ünün ise cinsel şiddet olduğunu tespit etmiştir. Krishnan'ın²⁸ çalışmasında, kadınların %29'u eşlerinin kendilerine dayak attığını, %12'si ise eşleri tarafından cinsel ilişkiye zorlandıklarını belirtmiştir. Turhan, Güraksın ve İnandı'nın³¹ çalışmasında ise maruz kalınan şiddet türünün %75'inin sözel şiddet, %39'unun fiziksel şiddet ve %28'inin ise cinsel şiddet olduğu tespit edilmiştir. Dindaş ve Ege³³ ise çalışmasında sözel şiddetin %28, duygusal şiddetin %25,9, fiziksel şiddetin %14, ekonomik şiddetin %11,4 ve cinsel şiddetin %8 oranlarında olduğunu tespit etmiştir. Daha önce yapılmış olan çalışmalarda da çalışmamız bulgularına benzer olarak sözel/duygusal şiddet daha yüksek oranlarda görülürken fiziksel ve cinsel şiddet daha düşük oranlarda görülmektedir. Çalışmamızda sözel/duygusal şiddetin diğer

şiddet türlerine göre daha yüksek oranlarda görülmesinin kadınların bu şiddet türünü daha rahatlıkla ifade etmeleriyle de bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. Öte yandan sözel/duygusal şiddetin daha yaygın olduğu da bilinmektedir.^{6, 26, 34, 35} Çalışmamızda cinsel şiddet oranının diğer çalışmalara göre daha düşük tespit edilmesinin nedeninin ise cinsel konularda kadınların utanması ve cinsel konuların gizli tutulması gerekliliğinin kadınlara öğretilmesi sonucu kadınların sorulara rahat cevap verememiş olabilecekleri ile açıklanabilir.

Çalışmamızda eşine şiddet uygulayan erkeklerin %13,3'ünün çocuklarına da şiddet uyguladığı görülmüştür. Şiddete uğrayan kadınların %28'i çocuğuna da şiddet uygulamaktadır ve kadınların %23,5'i çocukluğunda da şiddete maruz kalmıştır. Dindaş ve Ege³³ eşine şiddet uygulayan erkeklerin %7,3'ünün çocuklarına da şiddet uyguladığını tespit etmiştir. Taşcı'nın³⁰ ebelerle yaptığı çalışmada, annelerin çocuklarını eğitime sürecinde %48,4'ünün fiziksel şiddet uyguladığı ortaya konulmuştur. Bu sonuçlar bizim çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Ayrıca, bu sonuçların çocukluk döneminden itibaren şiddete uğrayan kız çocuklarının şiddeti her ailede yaşanan bir durum olarak algılamasına, erkek çocuklarının ise şiddet uygulamayı doğal bir durum olarak kabul etmelerine neden olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda şiddete uğrayan kadınların şiddete karşı davranış örüntüleri incelendiğinde; %39'u yaşadıkları şiddete yönelik hiçbir şey yapmadığını, %27'si yardım aldığını, %34'ü ise yaşadığı şiddete karşılık verdiğini belirtmiştir. Benzer biçimde Turhan, Güraksın ve İnandı'nın³¹ çalışmasında kadınların %31'inin yaşanan şiddeti kabullenip bir şey yapmadığını, %27,3'ünün resmi makamlara şikâyet ettiğini, %12'sinin ise yaşadıkları şiddete karşılık verdikleri saptanmıştır. Çalışma bulguları genel olarak değerlendirildiğinde farklı kültür ve sosyoekonomik düzeylerde de olsa kadınların çoğunluğunun yaşanan şiddeti kabullendiği ve şiddete verilen

karşılığın ise daha az oranlarda olduğu görülmüştür.

Literatürde eğitim düzeyinin yüksek olmasının bireylerin bilgi ve yeteneklerini ve problemler ile baş etme becerilerini artırdığı ve aynı zamanda kontrol duygularını geliştirerek bireylerde depresif bozuklukların oranını düşürdüğü vurgulanmaktadır.^{6, 34} Çalışmamızda, okuryazar/ilkokul mezunu kadınların daha çok depresif belirti yaşadıkları; üniversite ve üzeri eğitim alan kadınlarda bu oranın anlamlı şekilde azaldığı ve BDE toplam puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çalışma bulgusu ile benzer olarak Gözüyeşil, Şirin ve Çetinkaya'nın¹⁹ araştırmasında da üniversite mezunu kadınlarda depresyon ortalamasının diğer eğitim düzeylerine göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi ile depresyon belirtisi arasında ilişki tespit edilmiş ve depresif belirtilerin eğitim düzeyi düşük gruplarda daha yüksek oranda görüldüğü, eğitim düzeyi yükseldikçe ise depresif belirti görülme oranının düştüğü belirlenmiştir.^{6, 34, 36-38}

Çalışmamızda ev hanımı olan kadınların daha fazla oranda depresif belirti yaşadıkları saptanmıştır ($p<0,05$). Bu kapsamda, çalışmayıp ev hanımı olan tüm vaktini çocukları ve eşi ile birlikte ve onların ev içindeki gereksinimlerini karşılamaya çalışarak geçiren ve ekonomik özgürlüğü olmayan kadınların, çalışarak ekonomik özgürlüğe sahip olan kadınlardan daha fazla depresyon riski ile karşı karşıya kaldığı görülmektedir.

Uyumlu evliliklerin, depresyona neden olan yaşam olaylarına karşı koruyucu etkisinin olduğu literatürde vurgulanmaktadır.¹⁷⁻²⁰ Çalışmamızda görücü usulü ile evlenen kadınların diğerlerine göre daha fazla depresif belirti yaşadıkları bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma bulgumuza benzer olarak Gölbaşı ve Kelleci'de²⁶ görücü usulü ile evlenen kadınların diğerlerine göre daha fazla depresif belirti yaşadıklarını belirlemiştir. Görücü usulü ile evlenme, kadının yaşamındaki en önemli bir konuda karar vermesini engelleyen, onu

bağımlı kılan ve otonomisini yok sayan bir durum olarak değerlendirildiğinde bu kadınlarda özgüven ve yaşam amaçlarının etkilenmesinin bir sonucu olarak daha fazla depresif belirti geliştiği söylenebilir.

Şiddete maruz kalan kadınlarda BDE puan ortalaması şiddete maruz kalmayan kadınlardan daha yüksektir ($p<0,05$). Ayrıca, eşleri veya kendileri çocuğuna şiddet uygulayan kadınların depresif belirti yaşama oranları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durumun ebeveynlerin çocuk üzerinde otoriteye sahip olmak amaçlı çocuğu disipline etmek için şiddete başvurusu ile ilişkili olabileceği düşünülebilir. Ayrıca, yapılan araştırmaların sonuçlarına dayanarak şiddet içeren ortamda büyümüş, aile içi şiddete maruz kalmış çocuk ve gençlerin ileride şiddet uygulayan eşler ya da ebeveynler olarak karşımıza çıkacağı söylenebilir.

Çalışmamızda, yaşadığı şiddet karşısında hiçbir şey yapmayanların yarısından fazlasının (%55,1) depresif belirti gösterdiği belirlenmiştir. Buna karşılık yaşadığı şiddet karşısında başkalarından yardım alan veya yaşadığı şiddete sessiz kalmayan kadınlarda depresif belirtilerin daha az ortaya çıktığı saptanmıştır. Ayrıca şiddet yaşadığında yardım alan kadınların depresyon puanları, şiddet karşısında hiçbir şey yapamayanlarınkinden daha düşük olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Benzer olarak Kayahan ve ark.¹⁷ çalışmasında sıkıntısını paylaşacak kimsesi olan kadınların %49,3'ünde, sıkıntısını paylaşacak kimsesi olmayanların %73,3'ünde depresif belirti olduğu görülmektedir. Literatürde ise yaşadığı şiddet karşısında hiç bir şey yapmayarak sessiz kalan kadınlarda depresif semptomların daha yaygın olduğu görülmektedir.^{33-35, 39, 40} Bu kapsamda, kadınların, yaşadığı şiddet ile tek başına başa çıkması ve onu tolere etmeye çalışarak yaşamına devam etmeye çalışması yerine şiddete karşılık verme ya da destek alma şeklinde şiddete tepki vermesinin depresyona karşı koruyucu rol oynadığı görülmektedir. Ayrıca bireyin kendisine destek olacak bir kimsesinin bulunması

özellikle kadınlarda, depresyona karşı koruyucu bir görev görmektedir.

Çalışmamızda, fiziksel ve sözel şiddet yaşayan kadınlarda depresyon yaşama durumu anlamlı şekilde yüksek iken; ekonomik ve cinsel şiddet yaşayanlarda fiziksel ve cinsel şiddete bağlı olarak depresif belirti yaşayan kadın sayısı daha az olarak bulunmuştur. Ayrıca, yapılan çalışmalarda kadınların fiziksel ve sözel şiddete uğrama oranları da daha yüksektir.^{25, 35} Bu kapsamda, kadın yaşadığı fiziksel şiddet ile ilgili olarak kendisini güçsüz, değersiz, unutulmuş ve önemsenmeye layık olmayan biri olarak hissetmekte; şiddet karşısında yaşadığı öfke, çaresizlik gibi duygular da kadının depresif duyguları en

üst düzeyde yaşamasına neden olmaktadır. Dolayısı ile şiddet yaşantısı ile birlikte depresyon riski de artış göstermektedir. Çalışmamızda, fiziksel ve sözel şiddet, kadının beden bütünlüğüne ve kişilik haklarına doğrudan saldırı niteliğinde davranışlar olduğu için kadının depresif belirti yaşama riskini artıran bir sorun olarak tespit edilmiştir. Ancak ekonomik ve cinsel şiddetin çalışmamızda sıklığının düşük bulunmasının, kadının bu durumu sorun olarak algılamamasından kaynaklanabileceği ve ekonomik ve cinsel şiddete maruz kalma ile depresif belirti yaşama arasında anlamlı bir farklılık oluşmamasının nedeni olabileceği düşünülebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız sonucunda kadınların yarısından fazlasının eşi tarafından şiddete maruz kaldığı, ruhsal durumlarının bozulduğu ve buna yönelik mücadelede yeterli güce ve desteğe sahip olmadıkları saptanmıştır. Ayrıca, depresif belirti yaşama ile kadının ve eşinin öğrenim durumu, kadının çalışma durumu, gelir algısı, aile tipi en uzun yaşanan yer, şiddet görme durumu, (fiziksel ve sözel şiddet) ve şiddete uğradığında destek alma duru arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Bu kapsamda; birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran kadınların ruhsal

yönden değerlendirilmesi ve gerekli tedavi yaklaşımlarının uygulanması ve şiddete uğrayan kadınlarda depresyon riski daha yüksek olduğundan sağlık profesyonellerinin bu konuda eğitilmesi önerilmektedir. Ayrıca, şiddet türleri ve şiddetin sonuçları ile ilgili bilimsel verilerin derlenerek kitle iletişim araçları yoluyla halka sunulması ve şiddetin önlenmesine yönelik sosyal politikaların oluşturularak uygulamada sürekliliğin sağlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (2013). Global and regional estimates of violence against women prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva. Erişim: 15 Mayıs 2016, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1
2. Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü (2014). Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması. Ankara. Erişim: 10 Mayıs 2016, http://kadininstatusu.aile.gov.tr/data/542a8e86369dc31550b3ac33/ana_rapor_mizan_1.pdf.
3. Arıkan, Ç. (2011). Aile içi şiddet: İstismar ve ihmale yönelik sosyal hizmet müdahalesi, Sosyal dışlanma ve aile: Sosyal hizmet müdahalelerinde güçlendirme yaklaşımı Ed. Y. Özkan. Ankara: Maya Akademi: 31-49.
4. Arıkan, Ç., Mavili-Aktaş, A., (2008). “Türkiye’de Kadın Sağlığını Etkileyen Sosyo-ekonomik Faktörler ve Yoksulluk”. Aile ve Toplum, 10(4):65-72.
5. Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü (2008). Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması. Ankara. Erişim: 10 Mayıs 2016 <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TKAA2008-AnaRapor.pdf>
6. Kim, J., Lee, J. (2013). “Prospective Study on the Reciprocal Relationship Between Intimate Partner Violence and Depression among Women in Korea”. Social Science Medicine, 99:42-48.
7. Stewart, D. E., Vigod, S., Riazantseva, E. (2016). “New Developments in Intimate Partner Violence and Management of it’s Mental Health Sequelae”. Current Psychiatry Reports, 18(1). DOI 10.1007/s11920-015 0644-3.
8. Jacobsen, K. H., Gaffney, K. F., Kodadek, M. P., Sharps, P. W., Bullock, L. C. (2016). “Predictors of Depression Symptoms among Low-income Women Exposed to Perinatal Intimate Partner Violence. Community Mental Health Journal, 52(6): 683-690.
9. Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H.M., et al. (2002). “Physical and Mental Health Effects of Intimate Partner Violence for Men and Women”. American Journal of Preventive Medicine, 23(4): 260-268.
10. Sevi, Ü., Kavlak, O., Yanikkerem, E. (2007). “Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri ve Sağlık Çalışanlarının Rolü. Kadın Çalışmaları Dergisi, Aile içi şiddet özel sayısı: 32-47.
11. Bauer, H. M., Rodríguez, M. A., Pérez-Stable, E. J. (2000). “Prevalence and Determinants of Intimate Partner Abuse

- among Public Hospital Primary Care Patients". *Journal of General Internal Medicine*, 15(11): 811-817.
12. Dienemann, J., Boyle, E., Baker, D., Resnick, W., Wiederhorn, N., Campbell, J. (2000). Intimate Partner Abuse Among Women Diagnosed With Depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(5): 499-513.
 13. Petersen, R., Gazmararian, J., Clark, K. A. (2001). Partner Violence: Implications for Health and Community Settings. *Women's Health Issues*, 11(2): 116-125.
 14. Riggs, D. S., Caulfield, M. B., Street, A. E. (2000). "Risk for Domestic Violence Factors Associated with Perpetration and Victimization". *Journal of Clinical Psychology*, 56(10): 1289-1316
 15. Terrazas-Carrillo, E. C., McWhirter, P. T., Martel, K. M. (2016). "Depression among Mexican Women: The Impact of Nonviolent Coercive Control, Intimate Partner Violence and Employment Status. *Journal of Family Violence*, 31(6): 721-734.
 16. Alpar, R. (2001). Hipotez Testler. Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik.3. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
 17. Kayahan, B., Altıntoprak, E., Karabilgin, S., Öztürk, Ö. (2003). "15-49 Yaş Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Depresyon Şiddeti ile Risk Faktörleri Arasındaki İlişki". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(4): 208-219.
 18. Çalısır, H., Dündar, E., Karaçam, Z., Altuntaş, F., Avcı, C. H. (2006). "Evli Kadınların Aile İçi Şiddet Görmelerini Etkileyen Faktörler ve Kadınların Şiddete İlişkin Bazı Özellikleri". *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22(2): 71-88.
 19. Gözüyeşil, E., Şirin, A., Çetinkaya, S. (2008). "Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi". *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9): 29-66.
 20. Günay, T., Giray, H., Harç, B., Köksal, B., Sarı, S. (2006). "İzmir'de Bir Gecekondu Bölgesinde Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet". *Sağlık ve Toplum*, 16(3): 31-37.
 21. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). "An Inventory for Measuring Depression". *Archives of General Psychiatry*, 4(6): 561-571.
 22. Hisli, N. (1988). "Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma". *Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-122.
 23. Hisli, N. (1989). "Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerlik Güvenilirliği". *Psikoloji Dergisi*, 7(23): 3-13.
 24. Ayrancı, Ü., Günay, Y., Ünlüoğlu, İ. (2002). "Hamilelikte aile içi eş şiddeti". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(2): 75-87.
 25. Çifçi, Ö. (2007). Yaşadıkları Şiddet Nedeniyle Sığınma Evlerine Başvuran Kadınların Umutsuzluk, Depresyon ve Üreme Sağlığı Durumlarının Değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
 26. Gölbaşı, Z., Kelleci, M. (2006). "Kadınların Bazı Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine göre Depresyon". *Sağlık ve Toplum*, 16(2): 48-53.
 27. Gunter, J. (2007). "Intimate Partner Violence". *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 34(3): 367-388.
 28. Krishnan, S. (2005). "Gender Caste and Economic Inequalities and Marital Violence in Rural South India". *Health Care for Women International*, 26(1): 87-99.
 29. Resnick, H., Acierno, R., Holmess, M., Dammeyer, M., Kilpatrick, D. (2000). "Emergency Evaluation and Intervention with Female Victims of Rape and Other Violence". *Journal of Clinical Psychology*, 56(10): 1317-1333.
 30. Taşçı, N. (2003). Ebelerin Aile İçinde Kadına Uygulanan Şiddete ve Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutumları. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Denizli.
 31. Turhan, E., Güraksın, A., İnandı, T. (2006). "Erzurum'da Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet". *Sağlık ve Toplum*, 16(3): 24-30.
 32. Vahip, I. (2002). "Evdeki Şiddet ve Gelişimsel Boyutu: Farklı bir Açıdan Bakış". *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4): 312-319.
 33. Dindaş, H., Ege., E. (2009). "Kadına Yönelik Eş Şiddetinin Sosyoekonomik Durum ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi". *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(3): 5-17.
 34. Al-Modallal, H. (2012). "Psychological Partner Violence and Women's Vulnerability to Depression, Stress, and Anxiety". *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(6): 560-566.
 35. Özyurt, B. C., Deveci, A. (2011). "The Relationship between Domestic Violence and the Prevalence of Depressive Symptoms in Married Women between 15 and 49 Years of Age in a Rural Area of Manisa, Turkey". *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1): 10-16.
 36. Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M. et al. (2013). "Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Medicine*, 10(5): e1001439.
 37. Keita, G. P. (2007). "Psychosocial and Cultural Contributions to Depression in women: Considerations for Women Midlife and Beyond". *Journal of Managed Care Pharmacy*, 13(9): 12-15.
 38. Beydoun, H. A., Beydoun, M. A., Kaufman, J. S., Lo, B., Zonderman, A. B. (2012). "Intimate Partner Violence against Adult Women and its Association with Major Depressive Disorder, Depressive Symptoms and Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-analysis". *Social Science and Medicine*, 75(6): 959-975.
 39. Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L., Dutton, M. A. (2006). "Role of Distinct PTSD Symptoms in Intimate Partner Reabuse: A Prospective Study". *Journal of Traumatic Stress*, 19(4): 507-516.
 40. Lehrer, J. A., Buka, S., Gortmaker, S., Shrier, L. A. (2006). "Depressive Symptomatology as a Predictor of Exposure to Intimate Partner Violence Among US Female Adolescents and Young Adults". *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 160(3): 270-276.

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK ALGILARININ BELİRLENMESİ

DETERMINATION OF NURSING STUDENTS' HEALTH PERCEPTION

Seval AĞAÇDIKEN ALKAN**, Afıtap ÖZDELİKARA**, Nuran MUMCU BOĞA**

ÖZET

Bu araştırma hemşirelik öğrencilerinin sağlık algılarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmanın evrenini bir sağlık yüksekokulunun Hemşirelik bölümünde okuyan 477 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, Aralık 2014 tarihlerinde okula devam eden ve çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden 269 öğrenci araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri, Sosyodemografik veri formu ve 'Sağlık Algısı' ölçeği ile toplanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %74,3'ü kız, %84'ü 18-21 yaş gurubunda, %36,8'i ikinci sınıfta okumaktadır. Öğrencilerin %68,4'ü daha önce hiç hastaneye yatmadığını, %91,4'ü kronik bir hastalığının bulunmadığını, %68'i ailelerinde kronik bir hastalığın bulunmadığını belirtmiştir. Öğrencilerin SAÖ'den aldıkları puan ortalaması 42,34±6,33; kontrol merkezi alt boyutu puan ortalaması 16,14±3,45; öz farkındalık alt boyutu puan ortalaması 7,53±1,86; kesinlik alt boyutu puan ortalaması 12,07±3,13 ve sağlığın önemi alt boyutu puan ortalaması 6,58±1,64 olarak saptanmıştır.

Araştırma sonucunda öğrencilerin sağlık algılarının orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öğrenciler en yüksek puan ortalamasını kontrol merkezi alt boyutundan, en düşük puan ortalamasını sağlığın önemi alt boyutundan almıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda; öğrencilerin kendi sağlıkları ile ilgili kontrol mekanizması oluşturabilmeleri için desteklenmesi, sağlıklarının önemine ve sürdürülebilmesine ilişkin daha detaylı bilgilendirilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik eğitimi, Sağlık, Sağlık algısı

ABSTRACT

This study was conducted for the aim of to determine the health perception among nursing students. 477 nursing students of health sciences faculty were the population of this descriptive study. Sample election was not made in the study, 269 students who were ongoing school in December 2014 and accepted participation as volunteered has been included in the study sample. Data of the study was gained with socio-demographic form and Health Perception Scale (HPS).

74.3% of female students who participated in study, 84% of the 18-21 age group, 36.8% are studying in the second grade. 68.4% of the students had never before hospitalization, the presence of a chronic disease that 91.4% and 68% of students stated that there is no chronic disease in of families. The average scores of students they receive from the health perception scale was found to be 42.34 ± 6.33. 16.14 in the control center subscale mean scores of students 16.14 ± 3.45, self awareness subscale mean score of 7.53 ± 1.86, precision dimensions mean score of 12.07 ± 3.13 and the health of the importance of subscale scores average was found to be 6.58 ± 1.64.

As a result of the study it has been concluded that students' health perception is moderate. Students received the highest scores from the control center subscale and the lowest scores from the health importance subscale. In line with these results; Supporting the students that they could create a control mechanism related to their own health, the importance of health and further informed regarding the sustainability is recommended.

Keywords: Nursing Education, Health, Health Perception

*Bu çalışma 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

**Yrd. Doç. Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

GİRİŞ VE AMAÇ

Bir sağlık disiplini olan hemşireliğin temel amacı sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirmedir. Aynı zamanda sağlık hemşireliğin dört temel kavramından biridir. Sağlık kavramının en bilinen tanımı ise Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılmış ve "yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmıştır. Sağlık kavramı ile yalnızca hastalığın ya da rahatsızlığın olmaması hali ifade edilmemektedir. Sağlık bireylerin kendi değerleri açısından tanımladıkları bir durumdur. Sağlık bireylerin iç ve dış çevrelerindeki değişime adaptasyon sağlayarak iyi olma halini sürdürdükleri dinamik bir süreçtir^(1,2). Bu anlamda sağlık ve sağlığın bireysel olarak algılanması kişinin sağlık davranışları, inançları, deneyimleri, kişiye ait ve kişinin sağlığını etkileyen faktörlerden etkilenmektedir. Bireyin sağlığını etkileyen sağlık davranışlarının gelişiminde ise inançlar, tutumlar ve algılar rol alırken; aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren, erken tanı koyduran, hastalıktan ziyade sağlık odaklı tıbbi yaklaşım, sağlık algısı anlayışı olarak adlandırılmaktadır⁽³⁾. Bu düşünce, bireylerin öz bakım sorumluluğu almasını sağlayarak, kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar alması için bireyi destekler⁽⁴⁾. Toplumda birbirinden farklı koşullarda yaşayan insanların sağlık algıları da farklılıklar göstermektedir.

Sağlık algısı; "bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi" olarak tanımlanabilir. Bireyin kendi sağlığına ilişkin olumlu inançlar taşıması "iyi sağlık"; olumsuz inançlar taşıması durumu ise "kötü sağlık algısı" olarak adlandırılmaktadır. Sağlık inanç modeline göre; sağlık

durumunun algılanması, sağlık davranışlarını ve sağlık sorumluluğunu etkilemektedir. Bu anlamda sağlık algısı, bireye sağlığı geliştirici yaşam davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesini hedefleyen sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişkilidir⁽⁵⁾. Bireyin/hastanın sağlığının değerlendirilmesi olarak tanımlanan sağlık algısının ölçülmesi; sağlığın biyolojik boyutlarına ilişkin değerlendirmeleri içerdiği gibi algılanan iyilik halinin, fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonelliğin ve ağrının değerlendirilmesini de içermektedir.

Peplau hemşireliği kişilerarası bir süreç olarak tanımlar. Bu tanıma göre hemşire ve bakım alan birey birer insandır⁽¹⁾. Bu sebeple bu süreç içinde yer alan her iki bireyin de sağlığının korunması, hemşirelik mesleğinin temel amaçlarından biridir. Hemşirelik eğitim sürecinde hemşirelik öğrencileri bireysel sağlıklarını ve bakım verdikleri bireylerin sağlığını korumaya yönelik beceriler geliştirmektedir. Aynı zamanda bu süreç içerisinde bireysel sağlık algılarının geliştiği de bilinmektedir^(6,7,8). Öğrencilerin olumlu sağlık durumu algısına sahip olmaları, ileriki dönemlerde sağlığı kontrol edebilme inançlarını ve sağlıklı yaşam biçimi geliştirmelerini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir⁽⁹⁾. Literatürde hemşirelik öğrencilerinin sağlık algılarını inceleyen sınırlı sayıda çalışmanın olduğu göze çarpmaktadır^(6,7,10). Bu anlamda yapılan bu çalışmanın hemşirelik öğrencilerinin kazandıkları sağlığı koruma becerilerin bireysel sağlık algıları üzerine etkisi hakkında bir fikir oluşturacağı ve bu konuda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda bu çalışmanın amacı hemşirelik öğrencilerinin sağlıklarını algılama durumlarının belirlenmesi ve sağlık algılarını etkileyen faktörlerin saptanmasıdır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Türü

Bu araştırma hemşirelik öğrencilerinin sağlık algılarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümünde öğrenim gören 477 öğrenci oluşturmuştur. Araştırma Aralık 2014 tarihinde belirtilen kurumda gerçekleştirilmiştir. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, okula devam eden ve çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden 269 öğrenci örnekleme dahil edilmiştir. Okula devam etmeme, çalışmaya katılmayı kabul etmeme ya da formları eksik işaretleme sebebiyle 108 öğrenci örneklem dışı bırakılmıştır. Çalışma 161 kişi ile tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Sosyo-demografik Soru Formu: Öğrencilere ait temel yaş, cinsiyet, sınıf, üniversite öncesi yaşanan yer özelliği, aile tipi, annenin öğrenim durumu, babanın öğrenim durumu, ailenin aylık geliri, hastanede yatış deneyimi, kendisinde kronik hastalık varlığı ve ailede kronik hastalığı olan bireyin bulunma sorularını içeren bir formdur (7-10).

Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ): Sağlık algısını değerlendirmek amacıyla Diamond ve arkadaşlarının⁽³⁾ 2007'de geliştirdiği Sağlık Algısı Ölçeğinde, 15 madde ve 4 alt boyut (kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik ve sağlığın önemi) bulunmaktadır. Ölçek beşli likert tipte bir ölçektir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kadioğlu ve Yıldız⁽⁶⁾ tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin 1., 5., 9., 10., 11.

ve 14. maddeleri olumlu; 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeleri olumsuz ifadelerdir. Ölçekten en az 15 puan, en çok 75 puan alınabilmektedir. Veri toplama araçları öğrencilere ders aralarında dağılmış ve cevaplayıp araştırmacılara teslim etmeleri istenmiştir. Kadioğlu ve Yıldız'ın⁽⁶⁾ çalışmasında ölçeğin alt gruplarına göre Cronbach Alpha değerleri: kontrol merkezi 0,90; öz farkındalık 0,91; kesinlik 0,91; sağlığın önemi 0,82'dir⁽⁶⁾.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, çalışmanın yürütüldüğü üniversitenin etik kurulunun 31.10.2014 tarihli ve 2014/818 sayılı kararı ile etik açıdan uygun bulunmuş ve çalışmanın yürütülebilmesi için kurumdan resmi izin alınmıştır. Araştırmanın amaç ve yöntemi açıklandıktan sonra, katılımcılardan sözel onay alınarak çalışma gerçekleştirilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri, SPSS 16.00 (SPSS Inc.) paket programında değerlendirilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizinde yüzdeler ve ortalamalar alınmış, alt ölçek puanları ve toplam puan hesaplanmasında t testi, ölçek puanlarının veri sınıflarına göre karşılaştırılmasında ise bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. İstatistiksel farklarda anlamlılığa karar verilebilmesi için $p < 0.05$ değeri gösterge olarak kabul edilmiştir.

Teşekkür

Yazarlar verilerin toplanması sürecindeki desteklerinden dolayı Sibel YILMAZ, Ebru AYDIN, Serpil BABUR, R. Özge OLUR, Dilara ŞAHİN ve Merve ŞENYILMAZ'a teşekkür eder.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmamıza katılan öğrencilerin %74.3'ü kız, %84'ü 18-21 yaş gurubunda ve %36.8'i ikinci sınıfta okumaktadır. Öğrencilerin %68,4'ü daha önce hiç hastaneye yatmadığını, %91,4'ü kronik bir hastalığının bulunmadığını belirtmiştir. Bunun yanı sıra öğrencilerin %68'inin ailesinde kronik hastalığı olan bir birey bulunmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Demografik Özellikleri ve Sağlık Algısını Etkileyen Faktörler

Özellik		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	200	74.3
	Erkek	69	25.7
Yaş	18-21	226	84
	22-25	43	16
Sınıf	1	82	30.5
	2	99	36.8
	3	59	21.9
	4	29	10.8
Üniversiteden Önceki Yerleşim Yeri	Büyük şehir	74	27.5
	İl	57	21.2
Aile Tipi	İlçe	115	42.8
	Köy	23	8.6
	Çekirdek	213	79.2
Annenin Öğrenim Durumu	Geniş	56	20.8
	Okur-Yazar	15	5.6
	Değil		
	Okur Yazar	27	10.0
	İlköğretim	170	63.2
Babanın Öğrenim Durumu	Lise	50	18.6
	Üniversite	7	2.6
	Okur-Yazar	15	5.6
	Değil		
	Okur Yazar	27	15.6
Ailenin Aylık Geliri (TL)	İlköğretim	170	46.5
	Lise	74	27.5
	Üniversite	51	19.0
	0-500	11	4.2
Hastanede Yatma	501-1000	95	35.6
	1001 +	162	60.2
	Evet	85	31.6
Kronik Hastalık	Hayır	184	68.4
	Evet	23	8.6
Ailede Kronik Hastalık	Hayır	246	91.4
	Evet	86	32.0
Hastalık	Hayır	183	68.0
	Evet		

Katılımcıların %83,3'ü "sağlığımı çok düşünürüm" ifadesine katılmadığını ifade etmiştir. "Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı

ya da hasta olacaksam zaten olan olur" ifadesine katılımcıların %42'si katılmıyorum şeklinde cevap vermiştir. "Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur" ifadesine katılıyorum cevabını verenlerin oranı %42,2, "Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım" ifadesine katılmıyorum cevabını verenlerin oranı %60,6, "Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor" ifadesine katılmıyorum cevabını verenlerin oranı %31,6 ve "Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum" ifadesine katılıyorum cevabını verenlerin oranı ise %47,2'dir. Bunun yanı sıra katılımcıların %45,0'i sağlıklı olan şeylere para harcamaya hazır olduğunu belirtirken, katılımcıların %44,6'sı sağlıklı olmanın kendilerine bağlı olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %43,1'i sağlığın hayatlarındaki en önemli düşünce olduğunu ifade etmiştir. Aynı zamanda katılımcıların %36,8'i "Sağlıklı olmak şans işidir" ifadesine katılmıyorum cevabını vermiştir. Yine katılımcıların %36,8'i "Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem" ifadesine katılmadığını belirtmiştir. "İstedikim kadar sağlıklı olabilirim" ifadesine kararsızım cevabını verenlerin oranı ise %35,7 olarak saptanmıştır. "Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum" ifadesine katılımcıların %38,3'ü katılmıyorum cevabını vermiştir (Tablo 2). İfadelere verilen cevap dağılımları incelendiğinde öğrencilerin genel olarak sağlıklarını korumaya ilişkin bilgilere sahip olduğu, sağlığın geliştirilmesinin bireyin kontrollünde olduğunu düşündüğü ve sağlığı sürdürmek için çaba gösterilmesi gerektiğini ifade ettiği söylenebilir.

Tablo 2. Katılımcıların Ölçek Sorularına Verdiği Cevapların Dağılımı

SORULAR	Çok katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Hiç katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sağlığımı çok düşünürüm.	1	0.4	5	1.9	11	4.1	224	83.3	28	10.4
Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	21	7.8	47	17.5	55	20.4	113	42.0	33	12.3
Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	17	6.3	54	20.1	52	19.3	113	42.0	33	12.3
Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.	90	33.5	114	42.4	37	13.8	21	7.8	7	2.6
Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	2	0.7	6	2.2	30	11.2	163	60.6	68	25.3
Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	9	3.3	67	24.9	82	30.5	85	31.6	26	9.7
Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	28	10.4	128	47.2	56	20.8	39	14.5	19	7.1
Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	25	9.3	91	33.8	69	25.7	60	22.3	24	8.9
Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	28	10.4	121	45.0	63	23.4	45	16.7	12	4.5
Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	33	12.3	120	44.6	52	19.3	48	17.8	16	5.9
Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	90	33.5	116	43.1	40	14.9	18	6.7	5	1.9
Sağlıklı olmak şans işidir.	13	4.8	33	12.3	67	24.9	99	36.8	57	21.2
Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.	8	3.0	18	6.7	39	14.5	141	52.4	63	23.4
İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.	12	4.5	76	28.3	96	35.7	69	25.7	16	5.9
Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	9	3.3	57	21.2	61	22.7	103	38.3	39	14.5

Katılımcı öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği' nin kontrol merkezi alt boyutu puan ortalamasının 16,14±3,4 (en düşük:5; en yüksek: 25), öz farkındalık alt boyutu puan ortalamasının 7,53±1,86 (en düşük:3; en yüksek: 13), kesinlik alt boyutu puan ortalamasının 12,07±3,13 (en düşük:4; en yüksek: 20), ve sağlığın önemi alt boyutu puan ortalamasının 6,58±1,64 (en düşük:3; en yüksek: 21) olduğu saptanmıştır. Ölçeğin toplam puan ortalaması ise 42,34±6,33 (en düşük:15; en yüksek: 75) olarak kaydedilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek Alt Boyutları	Min.	Max.	Ortalama
Kontrol Merkezi	5	25	16.14±3.45
Öz Farkındalık	3	13	7.53±1.86
Kesinlik	4	20	12.07±3.13
Sağlığın Önemi	3	12	6.58±1.64
TOPLAM	15	75	42.34±6.33

Kız ve erkek öğrencilerin alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde kız öğrencilerin kontrol merkezi alt boyut puan ortalamasının erkeklerden yüksek olduğu, diğer puan ortalamalarının ise eşit düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yalnızca sağlığın önemi alt boyutu puan ortalaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (t=-3,1; p=,00; Tablo 4). Yaş ve puan ortalamaları karşılaştırmasına

göre ise yaş arttıkça kontrol merkezi alt boyutu ve ölçek toplam puan ortalamasının arttığı gözlenmiştir. Buna karşın yaş grupları ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4). Bu sonuca göre yaş ilerledikçe sağlığa ilişkin farkındalığın ve sağlığı kontrol etme çabasının arttığı düşünülebilir.

Sınıfların puan ortalamaları incelendiğinde dördüncü sınıf öğrencilerinin öz farkındalık alt boyutu ve ölçek toplam puanının diğer sınıflardan daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Gruplar arasında ortalamalarının sağlığın önemi alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark kaydedilmiştir ($F=2,5$; $p=,05$; Tablo 4). Sonuçlar doğrultusunda hemşirelik eğitiminin sağlığa ilişkin farkındalığı arttırdığı düşünülmektedir. Gelir düzeyine göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise yalnızca sağlığın önemi alt boyutu puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($F= 3,4$ $p=,03$; Tablo 4). Bu anlamda gelir düzeyi arttıkça

sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik fırsatlara ulaşma ve sağlık bakım hizmeti almaya yönelimin arttığı söylenebilir. Yaşanan yer ve puan ortalamaları incelendiğinde ise büyükşehirde yaşayanların en yüksek kontrol merkezi alt boyutu ($16,7 \pm 3,5$), öz farkındalık alt boyutu ($7,9 \pm 2,0$) ve ölçek toplam puan ortalamasına ($43,5 \pm 6,8$) sahip olduğu göze çarpmaktadır. Bununla birlikte herhangi bir puan ortalaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4). Kaydedilen sonuca göre büyükşehirde yaşamının sağlığı korumaya yönelik bireysel çabayı artırıcı bir faktör olduğu ve bu örneklemede sağlık algısını pozitif yönde etkilediği düşünülmektedir. Kronik hastalığı olmayanların kontrol merkezi alt boyutu kronik hastalığı olanlara göre daha yüksektir. Diğer puan ortalamalarının ise eşit düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalık varlığı açısından puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark kaydedilmemiştir ($p>0,05$; Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilere Ait Özelliklere Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellik	Kontrol Merkezi Alt Boyutu	Özfarkındalık Alt Boyutu	Kesinlik Alt Boyutu	Sağlığın Önemi Alt Boyutu	Ölçek Toplam Puan Ortalaması
Cinsiyet					
Kız	16.2±3.3	7.6±1.8	12.3±3.0	6.4±1.5	42.3±6.0
Erkek	15.9±3.8	7.2±1.8	12.1±3.3	7.1±1.7	42.4±7.8
	t= .65 p=.51	t= 1.6 p=.10	t= .12 p=.75	t=-3.1 p=.00*	t=-.11 p=.90
Yaş					
18-21	16.1±3.5	7.4±1.9	12.0±3.1	6.5±1.6	42.1±6.3
22-25	16.1±3.2	8.1±1.5	12.3±3.1	6.6±1.7	43.2±6.1
25 ve üzeri	18.3±3.2	7.3±.5	10.6±1.1	6.6±2.8	43.0±6.0
	F= .60 p=.54	F= 2.5 p=.07	F= .44 p=.64	F=.01 p=.98	F=.45 p=.63
Sınıf					
1	16.6±3.5	7.2±1.8	12.1±3.4	6.8±1.6	42.8±7.0
2	15.7±3.5	7.5±2.0	12.0±2.9	6.2±1.5	41.5±5.9
3	16.2±2.8	7.2±2.0	11.9±3.0	6.8±1.5	42.2±5.7
4	15.8±3.8	8.8±.9	12.3±3.1	6.5±1.9	43.6±6.6
	F= 1.1 p=.32	F= 6.2 p=.00*	F= .16 p=.91	F=2.5 p=.05*	F=1.1 p=.34
Gelir Düzeyi					
0-500	15.3±4.4	7.4±2.1	12.6±3.2	7.0±2.3	42.3±9.6
501-1000	16.2±3.5	7.5±1.7	11.8±3.1	6.9±1.6	42.1±6.1
1001 ve üstü	16.1±3.3	7.5±1.8	12.1±3.1	6.3±1.5	42.2±6.2
	F= .31 p=.72	F= .04 p=.95	F= .44 p=.64	F= 3.4 p=.03*	F= .03 p=.96
Yaşanılan Yer					
Büyükşehir	16.7±3.5	7.9±2.0	12.2±3.6	6.6±1.4	43.5±6.8
İl	15.9±2.9	7.2±1.7	11.6±3.2	6.1±1.6	41.0±5.9
İlçe	16.1±3.5	7.4±1.7	12.0±2.7	6.7±1.7	42.4±5.8
Köy	15.0±3.8	7.3±1.9	12.3±3.2	6.6±1.6	41.4±7.2
	F= 1.5 p=.21	F= 1.6 p=.18	F= .42 p=.73	F= 1.4 p=.23	F= 1.8 p=.14
Kronik Hastalık Varlığı					
Evet	15.6±3.0	7.8±1.9	12.2±2.9	6.6±1.6	42.3 ±4.4
Hayır	16.1±3.4	7.5±1.8	12.0±3.1	6.5±1.6	42.3±6.4
	t= .71 p=.47	t= .78 p=.43	t= .23 p=.81	t= .33 p=.74	t= .03 p=.96

Sağlık, DSÖ tarafından bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali olarak tanımlanan bir kavram olmasına karşın farklı yönlerden de ele alınabilir. Bu açıklamalardan bazıları kavram olarak sağlıktan çok sağlığın geliştirilmesi kavramını açıklamaktadır⁽¹⁰⁾. Bireye sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesini amaçlayan sağlığın geliştirilmesi süreci ise bu anlamda sağlık algısı ile doğrudan ilişkilidir⁽¹¹⁾. Günümüz sağlık sisteminin de bir yansıması olarak sağlık genellikle hastalığın olmaması ya da hastalığa ait semptomların yönetilmesi şeklinde algılanmaktadır⁽¹²⁾. Bu görüş uzun yıllardır sağlık profesyonelleri tarafından da benimsenmiş durumdadır^(10,13). Bu görüşün yaygın olmasına karşın sağlığın çok yönlü subjektif bir deneyim olduğunu benimsemek

hemşireler ve hemşirelik öğrencileri açısından önemlidir. Çünkü sağlığın bu şekilde algılanması hemşirelerin bakımı, hastaya güçlenme fırsatı vererek organize etmelerini sağlar⁽¹⁴⁾. Bu günün öğrenci hemşireleri yarının sağlık profesyonelleri olacaktır⁽¹⁵⁾. Sağlık eğiticileri olarak hemşireler bireyleri sağlığa ilişkin konular, sağlığı geliştirici ve sağlığı korumaya yönelik davranışlar konusunda bilgilendirmektedir⁽¹⁶⁾. Buna benzer olarak hemşirelik eğitimi süreci de hemşirelik öğrencilerini sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeleri açısından teşvik etmekte ve desteklemektedir⁽¹⁶⁻¹⁹⁾^{17,18}. Çalışmada dördüncü sınıf öğrencilerinin en yüksek sağlık algısını puanına sahip oldukları gözlenmektedir. Bu sonuçlara göre temel

hemşirelik eğitimi sağlık algısını pozitif yönde etkilemektedir.

Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin birçoğu sağlıklı olmanın kendilerine bağlı olduğunu ve sağlığın şans işi olmadığını belirtmiştir. Belirtilen bulgular ile öğrencilerin kontrol merkezi alt boyutu puan ortalamasının oldukça iyi bir düzeyde ve öz farkındalık alt boyutu puan ortalamasının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Bu anlamda her iki grup bulgunun kendi içinde tutarlı ve kendini destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir. Skar ve Söderberg'in⁽¹²⁾ hemşirelik öğrencilerinin sağlık kavramı algısı üzerine yaptığı kalitatif çalışmada öğrencilerin genel olarak sağlığın kontrolünün bireyin kendi sorumluluğunda olduğunu belirttiği saptanmıştır. Yine aynı çalışmada beden bakımının üstlenilmesinin sağlığı geliştiren bir faktör olduğu bildirilmiştir. Norderft'e⁽²⁰⁾ ise kişilerin sağlığı geliştirme kapasitelerini gerçekçi bir şekilde değerlendirmeleri için yeteneklerinin geliştirilmesi ve kişilere bu konuda fırsat verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Açıköz ve ark.'nın⁽⁷⁾ çalışmasında ise bireyin sağlığının içsel kontrolünün, kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıttığı bildirilmiştir. Bu anlamda çalışma bulgularının literatür ile benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Katılımcıların %36.8'inin "Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem" ifadesine katılmadığı fakat istenilen düzeyde sağlıklı olabilme konusundaki düşüncelerinin ise kararsız olduğu kaydedilmiştir. Bununla birlikte katılımcıların büyük bir çoğunluğu daha sağlıklı olmayı istediğini fakat bunun için yapması gerekenleri henüz yapamadığını ifade etmiştir. Ayrıca katılımcıların kesinlik alt boyutu puan ortalamasının ise orta düzeyde olduğu göze çarpmaktadır. Bazı çalışmalarda hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışlarını gerçekleştirmede diğer bölümlerde okuyan öğrencilerden farklılık göstermediği⁽⁹⁾ ya da sağlık programlarındaki öğrencilerin olumlu

sağlıklı davranış bilincini tam kazanmadıkları, kazanmış olsalar bile bunu hayata geçiremedikleri⁽²¹⁾ ve sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin kendini gerçekleştirme düzeylerinin düşük olduğu⁽⁷⁾ bildirilmiştir. Bu çalışma sonuçlarının belirtilen örnekler ile benzer olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu sağlığın hayatlarındaki en önemli düşünce olduğunu belirtmiştir. Ayrıca öğrencilerin ölçek toplam puan ortalamasının (42.34±6.33) iyi düzeyde olduğu düşünülmektedir. Bu bulgulara karşın cinsiyet, yaş sınıf, gelir düzeyi, yaşanan yer ve kronik hastalık varlığı değişkenleri açısından gruplar arasında herhangi bir istatistiksel farklılık saptanmamıştır. Açıköz ve ark.'nın⁽⁷⁾ sağlık algısı ve sağlığı geliştirme davranışlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada ise araştırmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğunun sağlık durumlarını iyi algıladıkları ve sınıf düzeyi arttıkça sağlıklarını iyi algıladıkları bildirilmiştir⁽²²⁾. Bu çalışmada ise sınıf değişkeninin öz farkındalık ve sağlığın önemi alt boyutu puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık oluşturduğu göze çarpmaktadır.

Kız ve erkek öğrencilerin alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde kız öğrencilerin kontrol merkezi alt boyut puan ortalamasının erkeklerden yüksek olduğu, diğer puan ortalamalarının ise eşit düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yalnızca sağlığın önemi alt boyutu puan ortalaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (t=-3.1, p=.00; Tablo 3). Eser ve ark.'ın⁽²³⁾ çalışmasında ise cinsiyet ve sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir başka çalışmada ise kız hemşirelik öğrencilerinin sağlığı etkileyen bir faktör olan sağlık sorumluluğu puanlarının erkek öğrencilerden daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada bu farkın kadının ev işlerini

yönetmeden sorumlu olma eğiliminde olması ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir.²⁵

Yaş ve puan ortalamaları karşılaştırmasında ise yaş arttıkça kontrol merkezi alt boyutu ve ölçek toplam puan ortalamasının arttığı gözlenmiştir. Buna karşın yaş grupları açısından herhangi bir puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$; Tablo 3). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmada özerklik ve öz denetim (oto-kontrol) mekanizmalarını kullanma becerisi önemlidir. Yaşlanma ile birlikte “fiziksel aktivite” alanı dışındaki tüm alanlarda ileri yaştakilerin gençlerden daha iyi düzeyde otonomiye sahip oldukları bildirilmiştir⁽²⁴⁾. Sağlık duyarlılığı arttıkça bireyin kendi sağlığına ilişkin kontrolü ve dolayısıyla yaşam kalitesi de artırılabilir. Bu kontrolün sağlanmasında etkili olan olumlu sağlık davranışlarının ise hayatın erken dönemlerinden itibaren kazandırılması ile mümkün olabileceği bildirilmektedir. Çalışma sonuçlarına bakıldığında hemşirelik öğrencilerinin genç erişkinlik döneminde olmasının, bununla birlikte sağlık ve sağlığı kontrol algısının yaşa göre artış göstermesinin literatür ile benzerlik gösterdiği gözle çarpılmaktadır.

Çalışmada dördüncü sınıf öğrencilerinin öz farkındalık alt boyutu ve ölçek toplam puanının diğer sınıflardan daha yüksek olduğu gözle çarpılmaktadır. Diğer puan türleri arasında sınıfların puan ortalamalarının eşit düzeyde olmasına rağmen, sağlığın önemi alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark kaydedilmiştir ($F=2.5$ $p=.05$; Tablo 3). Eser ve ark.’ın⁽²³⁾ çalışmasında ise devam edilen sınıf ve sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ortabağ ve ark.’ın⁽²⁵⁾ adolesanların sağlığı geliştirme davranışlarını değerlendirdikleri çalışmada sınıf derecesi yükseldikçe sağlığı geliştirme davranış düzeyinin azaldığı kaydedilmiştir. Buna karşın Gözüm ve Tezel’in çalışmasında

hemşirelik eğitim süreci ilerledikçe, öğrencilerin sağlığı geliştirici davranışlarda artış gösterdiği kaydedilmiştir. Can ve ark.’ın⁽²⁶⁾ çalışmasında ise sınıf düzeyi yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeği puan ortalamalarının saptanmıştır. Açıkgöz ve ark.’ın⁽⁷⁾ çalışmasında sınıf arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışların artış gösterdiği ve sağlık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yine Alpar ve ark.’ın⁽⁸⁾ çalışmasında da eğitim süreci boyunca öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarında artış olduğu gözlenmiştir. Bu anlamda bu çalışmanın verilerinin literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Kronik hastalığı olmayanların kontrol merkezi alt boyutu puan ortalaması kronik hastalığı olanlara göre daha yüksektir. Diğer puan ortalamalarının ise eşit düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalık varlığı açısından puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark kaydedilmemiştir ($p>0.05$; Tablo 3). Literatür incelendiğinde kronik hastalık ve sağlık algısı ilişkisini açıklayan bir çalışmanın olmadığı dikkat çekmiştir. Bu çalışma sonuçlarına göre henüz kronik hastalık süreci yaşamayan katılımcıların, hastalığı önlemek amacıyla sağlığa ilişkin daha kontrolcü davranma eğilimi içinde oldukları düşünülmektedir.

Gelir düzeyine göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında yalnızca sağlığın önemi alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($F= 3.4$ $p=.03$; Tablo 3). Bunun yanı sıra katılımcıların %45’i sağlıklı olan şeylere para harcamaya hazır olduğunu belirtmiştir. Bu sonuçlara göre katılımcı öğrencilerin büyük bir kısmının gelir düzeyinin iyi olmasının (Tablo 1) sağlığa verilmesi konusunda olumlu bir etken olduğu söylenebilir. Bu sonuç benzer olarak literatürde birçok çalışma genç ve genç

erişkinlerde yüksek sosyoekonomik düzey ile sağlık/iyilik hali arasında pozitif bir ilişki olduğunu kaydetmiştir⁽²⁷⁻³¹⁾. Bu sonuçlardan farklı olarak Özyazıcıoğlu ve ark.'nın⁽²⁴⁾ çalışmasında ise öğrencilerin iyi gelir düzeyine sahip olmasının beslenme hariç diğer olumlu sağlık davranışlarını teşvik etmeye yardımcı olmadığı belirtilmiştir.

Yaşanan yer ve puan ortalamaları incelendiğinde ise büyükşehirde yaşayanların en yüksek kontrol merkezi alt boyutu (16.7±3.5), öz farkındalık alt boyutu

(7.9±2.0) ve ölçek toplam puan ortalamasına (43.5±6.8) sahip olduğu göze çarpmaktadır. Bununla birlikte herhangi bir puan ortalaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$; Tablo 3). Benzer şekilde Eser ve ark.'nın⁽²³⁾ çalışmasında da yaşanan yer ve sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu anlamda her iki çalışma sonucu birbirini destekler niteliktedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda öğrencilerin sağlık algılarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Öğrenciler en yüksek puanı kontrol merkezi alt boyutundan, en düşük puanı ise sağlığın önemi alt boyutundan almıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda; öğrencilerin kendi sağlıkları ile ilgili kontrol mekanizmasını oluşturabilecekleri yönünde hemşirelik

eğitimi müfredatı ile desteklenmesi, sağlıklarının önemi ve sürdürülebilmesine ilişkin daha detaylı bilgilendirilmesi, hemşirelik temel eğitiminin sağlık algısı üzerine etkisinin detaylı belirlenebilmesi için kesitsel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bayat, M. (2012). Sağlık ve Hastalık: Kültürlerarası Hemşirelik. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
2. WHO definition of Health. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, 2016.
3. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. (2007). "Development of a scale to measure adults' perceptions of health: preliminary findings". *Journal of Community Psychology*, 35(5): 557-61.
4. Önal AE, Erbil S, Gürtekin B, Ayvaz Ö, Özel S, Cevizci S, Güngör G. (2009). İki ilköğretim okulunda öğrencilerin kendi sağlıklarını algılama düzeyi ve bildikleri sağlık sorunları". *Nobel Medicus*, 5(2): 24-48.
5. Klein Velderman M, Crone MR, Wiefferink CH, Reijneveld SA. (2010). "Identification and management of psychosocial problems among toddlers by preventive child health care professionals". *European Journal of Public Health*, 20(3): 332-8.
6. Kadioğlu H, Yıldız A. (2012). "Sağlık algısı ölçeği'nin Türkiye çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği". *Türkiye Klinikleri*, 32(1): 47-53.
7. Açıkgöz S, Uzun Ş, Arslan F. (2013). "Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi". *Gülhane Tıp Dergisi*, 55: 181-187.
8. Alpar SE, Senturan L, Karabacak U, Sabuncu N. (2008). "Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish university nursing students from beginning to end of nurse training". *Nurse Education Practice*, 8(6): 382-388.
9. Zaybak A, Fadıloğlu Ç. (2004). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 20(1): 77-95.
10. Medin J, Alexandersson K. (2000). The concept of health and health promotion – a literature review. Lund: Studentlitteratur. Sweden.
11. Aristizabal Castano I, San Martin Rodriguez L. (1998). ealth habits of health professionals *Revista Brasileira de Enfermagem*, 21(237): 15-18.
12. Skar L, Söderberg S. (2016). Swedish nursing students' perception of health: A phenomenographic study. *Health Education Journal*, 75(4): 385-395.
13. Fawcett, J, DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Philadelphia: PA: F. A. Davis Company.
14. Eriksson K. (2007). "Becoming through suffering – The path to health and holiness". *International Journal for Human Caring*, 11(2): 3-16.
15. Staib S, Fusner S, Consolo K. (2006). How healthy are your nursing students?. *Teaching and Learning in Nursing*, 1 (2): 55-60.
16. Clement, M, Jankowski LW, Bouchard L, Perreault M, Lepage Y. (2002). "Health behaviors of nursing students: a longitudinal study". *Journal of Nursing Education*, 6(41), 257-265.
17. Clemmens D, Engler A, Chin P. (2004). "Learning and living health: college students' experiences with an introductory health course". *Journal of Nursing Education*, 7 (43): 313-318.
18. Riordan JM, Washburn J. (1997). "Comparison of baccalaureate student lifestyle health behaviors entering and completing the nursing program". *Journal of Nursing Educatio*, 36 (6): 262-265.

19. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. (2005). "Health promotion behaviour of students at the Nursing College". Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(2): 26-34.
20. Nordenfelt L. (2007). "The concept of health and illness revisited". Medicine, Health Care and Philosophy, 10(1): 5-10.
21. Ünal D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. (2007). "Meslek yükseköğretim kurumlarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi". İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14(2): 101-109.
22. Hsiao YC, Chen MY, Gau YM, Hung LL, Chang SH, Tsai HM. (2005). "Short-term effects of a health promotion course for Taiwanese nursing students". Public Health Nursing, 22 (1): 74-81.
23. Eser S, İkinci S, Ocaktan ME, Çalışkan D, Piyal B, Akdur R. Eczacılık Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık Algısının Değerlendirilmesi. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi/HASUDER; 2-6 Ekim 2012, Bursa. 2012.
24. Özyazıcıoğlu N, Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. (2011). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2: 277-332.
25. Ortağ T, Özdemir S, Bakır B, Tosun N. (2011). Health promotion and risk behaviors among adolescents in Turkey. Journal of School Nursing, 27(4): 304-315.
26. Can G, Özdiilli K, Erol O, et al. (2008). "Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and nonnursing students in Istanbul, Turkey". Nursing and Health Sciences, 10(4): 273-280.
27. Marmot MG. (2005). "Social determinants of health inequalities". Lancet, 365: 1099-1104.
28. Goodman E, Huang B, Schafer-Kalkhoff T, Adler NE. (2007). "Perceived socioeconomic status: a new type of identity that influences adolescents' self-rated health". Journal of Adolescent Health, 41:479-487.
29. Goodman E, McEwen BS, Dolan LM, Schafer-Kalkhoff T, Adler NE. (2005). "Social disadvantage and adolescent stress". Journal of Adolescent Health, 37: 484-492.
30. Koivusilta LK, Rimpela AH, Kautiainen SM. (2006). "Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence or personal social position?" BMC Public Health, 6: 110.
31. Richter M, Moor I, van Lenthe F. (2012). "Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: the contribution of material, psychosocial and behavioural factors. Journal of Epidemiologic Community Health", 66: 691-697.

KAMU HASTANELERİNDE KURUMSAL PERFORMANS UYGULAMALARI: YÖNETİCİ VE DİĞER PERSONEL TUTUMLARININ İNCELENMESİ

CORPORATE PERFORMANCE APPLICATIONS IN PUBLIC HOSPITALS: INVESTIGATION OF MANAGER AND OTHER STAFF ATTITUDE

Muhsin HALİS¹, İsmail ŞİMŞİR²

ÖZET

Sağlık kurumlarının performansını değerlendiren çalışmalar daha çok finansal performans ve müşteri/hasta tatmininin ölçülmesi üzerinde yoğunlaşmakta ve diğer paydaş görüşlerini alınması konusunda eksiklik görülmektedir. Bu eksikliğin giderilmesi için sağlık personelinin gözüyle kurumsal performansın değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Bunun için hem kurumsal performans uygulamalarının değerlendirilmesi hem de çalışanların bu uygulamalardan ne derecede memnun kaldığı ve bu uygulamaların hizmet alan tatminine yansıyor yansımayaacağı tartışılmıştır. Bu amaçla, Kurumsal Performans Uygulamalarının durumuna ilişkin kamu hastanelerinde görev yapan sağlık personelinin görüşüne başvurulmuştur. Ayrıca yönetici ve yönetici olmayan sağlık personelinin bu uygulamalar konusunda görüş farklılığı yaşayıp yaşamadığı araştırılmıştır. Araştırma için beşli Likert formunda 90 soruluk bir ölçek ve katılımcı demografisini tanımlamak için 7 soruluk bir ölçek geliştirilmiştir. Araştırmanın evreni, Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları; örneklem olarak ise evreni temsil edeceği düşünülen, Sakarya'da bulunan 12 hastane ve bir ağız ve diş sağlığı merkezi seçilmiştir. Çalışmaya ait veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiklerden (frekans tabloları, yüzdeler) ve ANOVA analizinden yararlanılmıştır. İstatistikî analizler sonucu elde edilen bulgulara bakıldığında bazı değişkenlerin yöneticiler ve yönetici olmayan sağlık personeli arasında farklı algılandığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık kurumlarında performans, Sağlık bakım, Kanji'nin İş Mükemmelliği Modeli, Kurumsal Performans, Sağlık Personeli

ABSTRACT

In this study that reflects the healthcare service providers' view, institutional performance applications have been tried to be evaluated by the health staff working in the public hospitals of Sakarya. For this purpose, in the context of the Institutional Performance Applications which have been implemented by the Ministry of Health, the perception of the manager and non-manager medical staff working in the public hospitals have been consulted in terms of the factors like leadership, rational management, management based on human, continuous improvement, organizational values, reengineering and organizational transformation. Moreover, it has been investigated whether or not manager and non-manager medical staff have experienced any perceptual differences on Institutional Performance Applications. For this reason, a survey envisaged as 5 point Likert-Type Scale which includes 90 preposition has been used. Additionally, a 7-question scale of multiple choice has been developed to define the participants of the survey. The chosen universe of the study is the whole second and third step healthcare organizations of the Minister of Health and as a sample 12 hospital and one Mouth and Teeth Health Centre in Sakarya province have been chosen which were regarded that they have a capability to represent the universe. Descriptive statistics and ANOVA were utilized while the data of the study were evaluated. It is conceived in the conducted statistical analyses that some factors have caused the perception differentiation between managers and non-managers healthcare staff.

Keywords: Performance in health institutions, Health care, Kanji's Business Excellence Model, Corporate Performance, Healthcare Employees

* Bu çalışma 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresinde bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Prof. Dr. Kocaeli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

² Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İletişim/ Corresponding Author : Muhsin Halis
e-posta : muhsinhalis@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 22.08.2016
Kabul Tarihi / Accepted : 05.03.2017

GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm dünyada hükümetler ve toplumlar son yirmi yıldır enformasyon teknolojilerinin gelişimiyle ve küreselleşmenin getirdiği sorunlar nedeniyle köklü değişimlerle karşı karşıyadır. Bu bağlamda hükümetlerin sonuç yönelimli yönetim reformlarına odaklandıkları görülmektedir. Bu reformlar kamu organizasyonlarının misyonlarını ve hedeflerini belirlemelerini, bu hedefleri elde edişlerindeki ilerlemelerini ölçmelerini ve bu ilerlemeyi rapor etmelerini gerektirir. Performans yönetimi, sonuç yönelimli yönetim yaklaşımının bir şeklidir ve bu üç başlıca bileşeni yönetim teorilerine dayalı olarak içermektedir. Sağlık hizmetleri de bu doğrultudaki gelişmelerden nasibini almış; gelişmiş ülkelerde yaşanan nüfus, sürekli gelişen tıbbi teknoloji ve hatta tüketici toplumların yüksek beklentilerinin baskısıyla yüz yüzedir. Bunun karşısında sadece sağlık hizmetleri harcamalarını artırmak bir seçenek değildir, alternatif stratejiler aranmalıdır. Bu sorunun merkezi sağlık bakım organizasyonlarının performanslarını geliştirmektir. Yatırımlarından daha fazla verim ve geri dönüşüm almak isteyen sağlık hizmetleri liderleri, endüstriyel ve ticari modelleri ödünc olarak organizasyonlarını yönetmede daha fazla karmaşık olmaya başlamışlardır.¹

Geçmiş dönem boyunca, üretim ve hizmet operasyonlarından bir kısım süreç iyileştirme metodolojileri sağlık bakımına adapte edildi. Bu metotlar; müşterilere katma değeri olmayan aktiviteleri ve süreç adımlarını bertaraf etmeye yönelik yalın düşünce; sistemdeki gecikmeleri indirmek için yararlanılan kuyruk teorisi; süreçlerdeki darboğazları elimine etmeye yönelik kısıtlamalar teorisi; varyasyonları indirgemeyi ve sıfır hatalı hizmetleri amaçlayan altı sigma ve tüm organizasyonun makro seviyesinde süreç akışlarını tanımlayan sistem dinamiklerini içerir.²

Uzun yıllardır bilgi gelişimine dayanan bu sağlık dışı sektörlerdeki yaklaşımlar sağlık bakımında performans iyileştirmesine önemli katkılar yapabilir. Ancak kliniksel çevre için dönüştürülmeye ihtiyaçları vardır.

Bu süreç geliştirme metotları sağlık bakımı alanında daha fazla yer buldukça ve faydaları daha fazla sergilendikçe, sağlık bakım liderleri arasında, sağlık bakımını nasıl sistematik olarak geliştirecekleri konusunda yeni bir zihniyete katkı yapmaktadırlar.²

Performans yönetimi yaklaşımı beraberinde modern sağlık bakım hizmeti sunumunun karmaşık sorunlarını ele almada daha yapılandırılmış bir yöntem getirmiştir. Ancak performans kavramı sıklıkla oldukça dar anlamda, finansal hedefler ve artırılmış verimlilik şeklinde yorumlanmış, hastalar ve sağlık profesyonelleri için anlamının ne olduğu konusunda yeteri kadar yorumlanamamıştır.

Tüm bu çabalara rağmen, gelişebilecek kalite potansiyeli ile şu anki durum arasında büyük bir fark vardır. *Sağlık bakım* sistemleri klinik bakımlardaki varyasyonlar, kullanıcı ihtiyaçlarını karşılamada yetersizlik, gereksiz kullanım ve finansal problemlerle karakterize edilmektedir. Güncel kalite iyileştirme çabalarının sağladığı değişim hızı oranı yeterli değildir. En çok göze çarpan şey uygulama zorluğu ve sağlık bakım kalitesini geliştirme çabalarının organizasyon seviyesinde kalma eğiliminde olması gerçeği ve böylece klinisyenlerin hastanın gerçek tedavisini yaptığı noktanın yetersiz dışı vurum almasıdır.¹

Dünya ölçeğinde olduğu gibi Türkiye kamu sektörü yöneticileri de özel sektör yönetim tecrübelerinden etkilenmiş ve 1990'lı yıllardan Türk kamu sektörü organizasyonları dünyadaki benzerleri gibi hizmet kalitesi, verimlilik ve etkililiklerini geliştirmek için bir arayış içine girmişlerdir.

Son 20 yıldır devam eden bu reform çabaların yansımaları Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında uygulamaya koyduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, başlangıcından bu güne kadar gerçekleştirilen uygulamalar göz önüne alındığında, "performans yönetimi" anlayışının ücretlendirme sisteminden istihdam politikalarına, hasta haklarından

sağlık hizmetlerinde kaliteye kadar geniş bir alanda yerleşmeye başladığı görülmektedir.³

Kurumsal Performans Uygulamaları bağlamında kamu hastanelerinde görev yapan yönetici ve diğer sağlık personelinin davranışlarında liderlik, rasyonel yönetim, insana dayalı yönetim, sürekli gelişim, Örgütsel değerler, süreç iyileştirme ve Örgütsel dönüşüm gibi faktörlerin etkisinin incelenmesi çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır.

Bu çalışmanın amacı Sağlık Bakanlığının uygulamakta olduğu kurumsal performans uygulamalarının hastanelerin algılanan performansında bir ilerlemeye yol açıp açmadığını araştırmaktır. Alt amaçlar şu şekildedir.

1. Kurumsal Performans Standartlarını uygulayan hastanelerin performansını, disiplinleri arası yaklaşımla geliştirilen bir ölçekle hastanelerin yöneticileri ve diğer sağlık personelinin perspektifinden değerlendirmek.

2. Kurumsal performans uygulamalarının, performans gelişimi sağlamada başarılı olan ve başarısız olan unsurlarını tanımlamak ve analiz etmek,

3. Kurumsal Performans Uygulamalarının kamu hastanelerindeki yönetici ve diğer sağlık personelin algılarında bir etkisi var ise bu etki veya etkilerin nasıl gerçekleştiği ve hangi değişkenler sayesinde ortaya çıktığını göstermek.

Araştırma için anket yolu ile veri toplanmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının araştırma amacı doğrultusunda veri toplamak için yeterli olduğu varsayılmıştır.

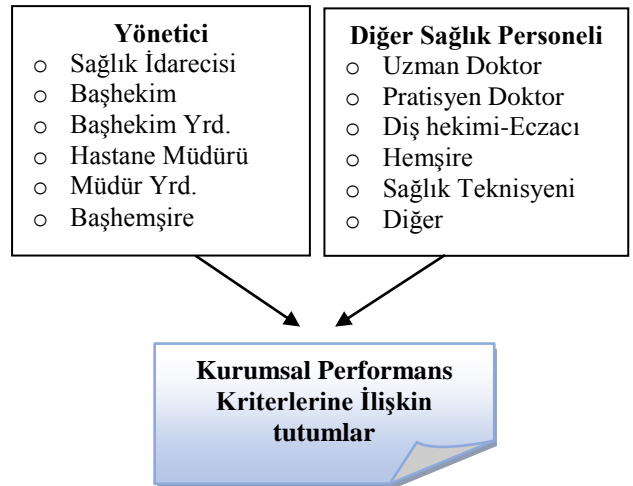
Çalışmanın başında örneklem seçimi olarak tüm Türkiye'deki kamu hastaneleri öngörülmüş ancak maddi kısıtlılıklar ve zaman kısıtlılıkları nedeniyle Sakarya ili ile sınırlandırılmıştır. Anket Sakarya il sınırları içinde bulunan 12 hastane ve bir ağız ve diş sağlığı merkezinde uygulanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırma, uygulanan kalite yönetim sistemini değerlendiren kesitsel, niceleyici bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Araştırmaya konu olan olguların kendi koşulları içinde olduğu gibi tanımlanmaya çalışıldığı bu araştırmada, kamu hastanelerinin performansını analiz etmek için Sağlık Bakanlığının uygulamış olduğu performans standartlarından, Uluslararası Birleşik Komisyonun akreditasyon standartlarından ve kritik başarı faktörlerine bağlı bir performans yönetim sistemi kullanan Kanji'nin İş Mükemmelliği Modelinde yer alan kıstaslardan yararlanılmıştır. Model, organizasyonda farklı alanların ne kadar iyi performans gösterdiğini belirlemek için indeksler kullanır. Bu model, değişik paydaşların perspektifinden iş mükemmelliği ölçümünü mümkün kılan disiplinler arası sistem yaklaşımıyla karakterize edilmektedir.

Kamu hastanelerinde görev yapan personelin kurumsal performans uygulamalarına ilişkin algılarını araştıran bu çalışma kapsamında, yönetici ve diğer çalışanlar gibi değişkenler bağımsız değişken

ve kurumsal performans değerlendirmesine ilişkin görüşler ise bağımlı değişken olarak incelenmiştir.



Şekil 1. Kurumsal Performans Ölçütlerine İlişkin Algıların ve Yönetici Olup Olmama Durumuna Göre Farklı Algılanmasının Teorik Modeli

Performans uygulamalarının sonuçları hem yöneticilere hem de diğer personele yük getirmesine rağmen bu iş yükü planlama

kademesinde olan yöneticilerde diğer personele nazaran daha pozitif algılanmaktadır. İcra konumunda olan diğer personelin iş yükü arttığı için kurumsal performans uygulamalarına ilişkin algıları olumsuz olacaktır. Araştırma kavramsal modeli Şekil. 1’de gösterilmektedir.

Buna dayalı olarak aşağıdaki araştırma hipotezi test edilecektir.

Kamu hastanelerinde uygulanmakta olan kurumsal performans uygulamalarına ilişkin hastane yöneticileri ve diğer sağlık personelinin algıları farklılık göstermemektedir.

Araştırma Sakarya ilinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren 13 kamu hastanesinde görev yapan yöneticiler ve diğer sağlık personelinin kapsamaktadır. Araştırma verileri, hastane yöneticileri ve diğer sağlık personelinin anketlere verdikleri cevaplarla sınırlıdır. Araştırma sonuçlarının değerlendirilmesinde yapılacak çıkarımlar bu örnekleme sınırlıdır.

Veri toplamak için geliştirilen ölçek için Sağlık Bakanlığı’nın “Sağlıkta Performans Yönergesi” ve bu yönergenin eki olarak “Hizmet Kalite Standartları Rehberi”, Uluslararası Birleşik Komisyon’un (JCI-Joint Commission International) standartları ve sağlık bakım organizasyonlarının

performansını analiz etmek için kritik başarı faktörlerine bağlı bir performans yönetim sistemi kullanan Kanji’nin İş Mükemmelliği Modeli baz alınmıştır.⁴

Tablo 1. Soruların Faktörlere Göre Dağılımı C. Alpha Güvenirlik Katsayıları

Faktörler	C. Alpha	Soru Sayısı
Liderlik		
Çalışan Memnuniyeti/Tatmini	0,90	3
Rasyonel yönetim	0,89	3
Çalışma Süreci	0,83	2
Ölçüm	0,91	5
İnsana Dayalı Yönetim	0,95	10
Sürekli Gelişim	0,83	2
Önleyici Faaliyetler	0,88	3
Süreç Mükemmelliği	0,92	9
Örgütsel Değerler	0,88	6
Örgütsel Öğrenme	0,91	6
Hasta Memnuniyeti	0,94	10
Kurumsal Karne	0,94	10
Süreç İyileştirme	0,81	2
Örgütsel Dönüşüm	0,83	12
Hasta Güvenliği	0,88	5

Ölçek alanında uzman akademisyen ve yöneticilerle tartışılarak geçerlilik konusunda şüphelerin giderilmesine çalışılmıştır. Demografik özellikleri belirlemek amacıyla da bir dizi soru ölçeğe eklenmiştir. Tablo.1’de araştırma ölçeğinin çalıştığı performans faktörlerine ilişkin C. Alpha güvenirlilik katsayıları verilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu başlık altında, toplanan verilere ilişkin istatistiksel çözümler yer almaktadır. Çalışmaya ait veriler değerlendirilirken tanımlayıcı öncelikle istatistiklerden (frekans tabloları, yüzdeler) yararlanılmıştır. Hipotezlerin test edilmesinde ANOVA analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Verilerin analizi SPSS paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Tablo.2’de katılımcıların yönetim görevi olan personelin yönetimdeki görev süreleri, cinsiyetlerine göre dağılımları ve medeni durumları verilmektedir. Yönetim görevi süresi itibariyle yığılma 1-3 yıl arasında oluşmaktadır. Katılımcıların % 64,8’inin

kadın ve yine katılımcıların % 68,7’sinin evli olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik İstatistikleri

Görevi	Sayı	%
Başhekim & Yrd.	8	2,2
Hastane Md. & Yrd.	18	4,8
Hemşire	200	53
Uzman Dr.	20	5,3
Pratisyen Dr.	18	4,8
Diş Hekimi	17	4,5
Sağlık Tek.	68	18,0
Diğer	28	7,4
Toplam	377	100,0

Kurumsal performans uygulamalarına ilişkin bulgular

Faktörlere ilişkin bulgular sağlık hizmetlerinin performansının ölçülmesinde kullanılan ana ölçüt çerçevesinde sınırlandırılmaya çalışarak aşağıda sıralanmıştır.

a. İnsan mutluluğunun sağlanması

İnsan Mutluluğunun Sağlanması başlığı altında incelenebilecek faktörler şunlardır.

Tablo 3. İnsan Mutluluğunun Sağlanması Değişkenlerine İlişkin İstatistikler

	Ort.	Std. S.
Çalışan memnuniyeti/Tatmini	2,07	1,86
Örgütsel Değerler	3,81	0,95
Hasta Memnuniyeti	3,58	0,92
Hasta Güvenliği	3,78	0,99

Çalışan memnuniyeti: Toplam Kalite Yönetimi mantığına göre organizasyon içindeki her bir personelin dış müşteri üzerinde etkisi vardır ve eğer dış müşteri tatmini elde etmek isteniyorsa, organizasyon içi ilişkilerin çalışır hale getirilmesi esas teşkil eder.

Hasta memnuniyeti: Kalite tüm aktivitelere açık bir hasta/müşteri odaklılığı ile dahil edilmelidir. Hastalar/müşteriler genellikle organizasyondan gerçekte edindikleri algı ile edinmeyi umdukları beklentileri karşılatırlar.

Hasta güvenliği: Hasta Güvenliği; süreçlerdeki basit hataların hasta ve sağlık çalışanlarına zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek tasarımlar yapmak, hataların hasta ve sağlık çalışanlarına ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemler almaktır.

Örgütsel değerler: Örgütsel değerler en geniş anlamıyla bir firmanın kendini ve dış dünyayı değerlendirmesinde belirleyici olan unsurlardır. Bu faktör içerisinde en dikkat çekici unsurlar şu şekilde sıralanabilir: KPU bağlamında hastaların eğitim ihtiyacı ve ağırı değerlendirmeleri; hastaların inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi; hasta bilgilerinin sır olarak tutulacağı kaybolmasından veya kötü amaçlı

kullanımdan korunması; hasta ve yakınlarına, farkındalığı artırmak için, anlayabileceği bir şekilde hakları ve sorumluluklarının belirtilmesi.

b. Hizmet sunum sürecinin ölçümü

Süreç ölçümü başlığı altında incelenebilecek performans faktörler tablo (Tablo.5) halinde sunulmuştur. Ayrıca bu faktörlere ait tanımlayıcı istatistikler de tabloda verilmiştir.

Tablo 4. Hizmet Sunum Sürecinin Ölçümü Değişkenlerine İlişkin İstatistikler

	Ort.	Std. S.
Rasyonel yönetim	2,43	2,06
Çalışma süreci	3,86	1,01
Süreç Mükemmelliği	3,23	0,86
Kurumsal Karne	4,10	0,85
Süreç İyileştirme	3,54	1,22

Rasyonel yönetim: Toplam kalitenin sekiz ilkesinden bir tanesi de verilere dayalı yönetimdir. **Verilere** dayalı yönetim ise bürokrasi ve çağdaş yönetim yaklaşımlarında çok kullanılan bir tekniktir.

Çalışma süreci: Yapılan çalışmalarda bütün çalışma süreçlerinin prosedürlerinin yazılması istenmiş ve çalışma sürecini direkt ilgilendiren hasta kabul ve çıkış ölçütlerinin kurum tarafından tespit edilmesi istenmiştir. Önceleri dört ayda bir yapılan denetimler ve sonrasında 6 aya çıkarılan denetim sürecinde bu maddelerin etkin olarak işletilip işletilmediği, hem saha denetimleri, hem de masa başı denetimlerde sorgulanmaktadır.

Süreç mükemmelliği: Hastanenin çalışanlarına yatırım yapması, hastanenin hedeflerini gerçekleştirmede ilerleme kaydetmesi, sağlık bakımının gereklerini ve uluslararası sağlık bakım kalite standartlarını karşılaması ve topluma katkısı, hastalar ve diğer paydaşlar arasındaki imaj, süreç mükemmelliği olarak adlandırılmaktadır.

Kurumsal karne mükemmelliği: Kurumsal karne mükemmelliği faktörü, hastanenin dış paydaşlar açısından nasıl değerlendirildiğinin, hastane çalışanları açısından algılanmasına ilişkin bir faktördür. Bu faktör bağlamında aşağıdaki değişkenlerden bahsedilebilir:

- Hastanenin hasta hakları konusunda gösterdiği gayret, nitelikli personele ulaşılabilirlik, güvenli ve konforlu bir çevre sağlanması, hastanın bütüncül tedavisi için politika ve prosedürler geliştirme, hekimlerin güvenli bir hasta bakımı sağlayabilmeleri için ayrıcalıklı bir sistem benimsenmesi,
- Hastanın ihtiyaçlarını uygun bir şekilde değerlendirmek için gelişmiş bir hasta değerlendirmesi ve bakım hizmetlerinin devamlılığı,
- Liderler tarafından kalite programlarının planlanması ve takip edilmesi,
- Sağlık bakım hizmetini sağlayanların, hastaların tıbbi kayıtları hakkındaki dokümantasyonlarının, sağlık bakım hizmeti sağlayanlar arasında bakımın devamlılığını sağlayacak şekilde uluslararası bir seviyeye çıkarılması,
- Hastanın tedavisini belirlemek ve yönetmekle ilgili tedavinin yanında, hem nitel, hem de nicel dokümantasyonda ilerleme sergilenmesi.

Süreç iyileştirme: Süreç iyileştirme, kademeli iyileştirme fırsatlarının ve diğer değişim olanaklarının belirlenmesi ve önceliklendirilmesi; performans sonuçlarının, algılama verilerinin ve öğrenme faaliyetlerinden elde edilen bilgilerin, önceliklerin, iyileştirme hedeflerinin ve daha iyi çalışma yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla kullanılması ve çalışanların, müşterilerin ve işbirliği yapılan kuruluşların yaratıcı ve yenilikçi yeteneklerinin iyileştirme fırsatları doğrultusunda ortaya çıkarılması ve bunlardan yararlanması esastır.

c. Girdilerin ölçümü

Ölçüm, kalitenin istenen seviyede tutulmasına (kalite kontrol ve güvencesi) yardımcı olan bir geribildirim sağlamakla birlikte, değişim veya verimli bir değişimi başarmak için işarettir. Diğer yandan kalite ölçümleri geliştirmek ve ölçümleri toplamak için birçok çaba gösterilmesine rağmen, bu

ölçümlerin kullanılması ile ilgili çok az şey bilinmektedir. Ayrıca kalite iyileştirmede ölçümlerin önemli olduğu ve fakat yeterli olmadığı da belirtilmektedir. Buna göre performans ölçümü, kalite geliştirme çalışmalarıyla ilişkili olmadıkça faydasızdır.

Kalite gelişiminin ölçüm ve raporlamanın sonucu meydana geldiğine dair yeteri kadar kanıt yoktur. Sağlık bakım hizmetlerinde performans ölçümünün kalite gelişimini tetikleyebileceğine dair daha fazla kanıt dayalı çalışma ihtiyacı vardır. Kanji'ye göre şirketler iş mükemmelliğini başarmak için değişik performans alanları boyunca üstünlüklerini sergilemelidirler. Bu doğrultuda sağlık bakım organizasyonları hizmet kalitesi, klinik etkililik ve finansal performans için münferit ölçüm süreçleri kullanmaktadır.⁵

d. Örgütsel çıktılarının ölçümü

Örgütsel çıktılarının ölçümü başlığı altında incelenebilecek faktörler şunlardır.

Sürekli Gelişim: Sürekli gelişimde amaç, mevcut durumu sürekli gözlemleyip daha da ileri götürmektir. Amaç, belli bir standardı tutturmak değil, seviyeyi hızla ve sürekli bir biçimde geliştirmektir. Sürekli geliştirmede üç temel şart vardır. Bu şartlar, mevcut durumu yetersiz bulmak, insan faktörünü eğitimle geliştirmek ve çalışanların problem çözme tekniklerini yaygın bir biçimde kullanmalarını sağlamaktır. Bütün bunların yanında tüm çalışanlar sürekli geliştirme sorumluluğunu paylaşmalıdır.⁸

Tablo 5. Sağlık Çıktılarının Ölçümü Değişkenlerine İlişkin İstatistikler

	Ort.	Std.S.
Sürekli Gelişim	3,98	1,07
Önleyici Faaliyetler	3,38	1,18
Örgütsel Öğrenme	3,81	0,98
Örgütsel Dönüşüm	3,56	0,75
Liderlik	2,49	2,12
İnsana Dayalı Yönetim	3,24	1,09

Önleyici Faaliyetler: Bu faktörde amaç, hastanenin problem çözme için kök neden analizi yaklaşımının kullanımını teşvik ederek ve müşterilerin ve personelin hizmetlerin kalitesinin sağlanması için, bu hizmetlerin planlanmasına ve sunulmasına

katılımlarının sağlayarak potansiyel problemlerin ve hataların önlenmesine yardımcı olan bir sisteme ne derece sahip olduğunu değerlendirmektir.

Örgütsel Öğrenme: Öğrenen organizasyonlar değişen çevre içerisinde daha iyi bir yönetim bilgisi için sürekli kendi kendine dönüşümü gerçekleştiren ve bu amaçla teknoloji, güçlendirilmiş personel ve gelişmiş bir öğrenmeyi kullanarak daha iyi bir adaptasyon ve başarıyı elde eden organizasyonlardır. Sağlık hizmetleri açısından öğrenen organizasyon faktörü altında belirlenen bazı alt bileşenler şunlar olabilir:

- Personel arasındaki koordinasyon süreci,
- Hasta ve yakınlarının öneri ve şikâyet programlarını kullanabilmeleri konusunda personel ile olan iletişimi,
- Taburcu özetinde yer alan birçok dosyada ve hasta kayıtlarında sağlık bakım hizmeti sağlayanlar arasındaki koordinasyon seviyesi,

Örgütsel Dönüşüm: Örgütsel dönüşüm, diğer bir deyişle örgütsel değişim, örgüt faaliyetlerinin, mevcut durumundan farklı bir duruma gelmesi olarak ifade edilebilir.¹⁴ Başka bir ifade ile değişim; planlı veya plansız bir biçimde bir sistemi, sürecin ve ya ortamın bulunduğu mevcut durumdan başka bir duruma geçirilmesi olarak tanımlanabilir.⁹

Örgütsel değişimin amacı genel olarak değişen iç ve dış çevre koşullarına karşın örgütün etkinlik ve verimliliğini arttırmak, üyelerinin en yüksek doyumunu sağlamalarına ve geliştirmelerine olanak veren bir örgütsel yapıyı kurmaktır.⁷

Değişim hangi sebeple gerekli ve kaçınılmaz olursa olsun, alışıldan vazgeçmeyi beraberinde getirdiği için belirsizlik ve tedirginlik yaratır. Var olana bağlılık, alışılanı sürdürme ve değişimin sonuçlarını önceden kestirememek örgütlerde birey ve grup düzeyinde dirence neden olacaktır. Değişimin yönetilmesi, günümüz işletmelerinin varlığının temel kaynağı haline gelmiştir. İşte bu nedenle değişim yönetimi modern yönetim yazınında büyük yankı getirmiştir.¹⁴

Örgütsel değişim ve performans yönetim sistemleri arasında doğrudan bir ilişki mevcuttur. Zira artık değişim, organizasyonlar için belirli plan ve stratejilerle geliştirilen bir süreçtir. Hatta çoğu değişim süreçleri ve kararları, örgütün uzun vadeli planları arasındaki yerlerini almaktadır. Değişim kavramı, günümüzde, sistematik bir süreç olarak algılandığı ve uygulandığı ölçüde belirli araç ve yöntemlerin kullanımını da gerektirmektedir. Bu bağlamda değişimi yönetmenin en önemli araçlarından biri, organizasyonların performans sistemleridir.⁸

Sağlık Bakanlığınca halen çeşitli araçlarla geliştirilmeye çalışılan performans yönetim sistemi de gerçekleştirilmek istenen olumlu dönüşümün en önemli unsurlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Kurumsal performans uygulamaları marifetiyle yaşanan dönüşüm neticesinde toplumun kazanım sağladığı yönlerden bazıları şu şekilde önermeler halinde ifade edilebilir:

- Aynı sayıdaki kişiyle daha fazla hastaya bakılmaya başlanmıştır.
- Daha önce hastaların çokluğundan şikâyet eden hekim tipi ortadan kalkmaya başlamıştır.
- Hekim seçme özgürlüğü gelişmiş ve yeni poliklinik alanları açılmaya başlanmıştır.
- Tam zamanlı çalışan hekim sayısı artmaya başlamıştır.
- Bakım ve tedaviye yönelik hizmet içi eğitimler artmaya başlamıştır.
- Hekimler arası rekabet uygulamaları görülmeye başlamıştır.

Olumsuz olarak nitelendirilebilecek ve ölçmeye değer bazı unsurlar da şu şekilde ifade edilebilir:

- Hekimler arasında mevcut hasta pastasından dolayı rekabet uygulamaları başlamıştır.
- Yapılmayan işler yapılıyor gibi gösterilmeye başlamıştır.
- Teşhis ve test araçları daha çok kullanılmaya başlanmıştır.
- Endikasyonu olmadığı halde testler ve teşhis araçları kullanılmaya başlamıştır.

- Ücret aynı kaldığı halde çalışanların sorumluluğu artmaya başlamıştır.

Liderlik: İşletmelerde yüksek performansı yakalamanın ön şartı kuşkusuz gerekli nitelik ve değerleri taşıyan ve bilgi ve becerilere sahip olan liderdir. Grup üzerinde etkileme gücü olan, karşılaşılan çeşitli sorunları çözmek, çalışanları motive etmek, onların sürekli gelişimini sağlamak ve ortak bir vizyon belirleyebilmek için, iyi yetişmiş liderlere ihtiyaç vardır¹³.

İnsana Dayalı Yönetim: Bu faktör insanlara kendi işlerinin kalitesinde daha fazla sorumluluk almaları için bilgi, beceri ve teşvik sağlamakla ilgilidir. Bunun için yöneticilerin; çalışanlara potansiyellerini sergilemelerine yardım etmeleri, takımlar halinde çalışmalarını teşvik etmeli, sürdürülebilir eğitim programları oluşturmalı ve çalışanlara organizasyonun başarılarında katkıları olduğunu ve katkılarının yüksek değeri olduğunu hissettirmelidir.⁵

Problemin analizi ve hipotezlerin test edilmesi

Aşağıda “Kamu hastanelerinde uygulanmakta olan ve maddeler halinde sayılan kurumsal performans uygulamaları, hastane yöneticileri ve diğer sağlık personelinin algıları üzerindeki etkileri farklılık göstermemektedir.” hipotezini test etmek için yapılan ANOVA testine ilişkin sonuçlar yer almaktadır.

Buna göre belirlenen performans ölçütlerinin bir kısmı yönetici olan ve olmayanlar açısından fark göstermezken bazı ölçütlerde farklılık mevcuttur. Farklılığın söz konusu olduğu ölçütlere ilişkin Ortalamaların karşılaştırılmasına bakıldığında yöneticilerin Kurumsal Performansı daha olumlu algıladıkları görülmektedir.

Yukarıda belirttiğimiz H_0 hipotezine göre kamu hastanelerinde uygulanmakta olan ve aşağıda maddeler halinde sayılan kurumsal performans uygulamalarının, hastane yöneticileri ve diğer sağlık personelinin algıları üzerindeki etkileri farklılık göstermemektedir.

Bu doğrultuda H_1 hipotezine göre, kamu hastanelerinde uygulanmakta olan ve yukarıda belirtilen kurumsal performans uygulamalarının, hastane yöneticileri ve diğer sağlık personelinin algıları üzerindeki etkileri farklılık göstermektedir. Tablo 6’ya göre aşağıdaki şu ölçütlere ilişkin yönetici ve diğer sağlık personelinin algıları arasında anlamlı bir fark var olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Farklılık Analizi (Anova) Testi Sonuçları

Ölçütler	Yönetici		Yönetici değil		ANOVA	
	Ort.	Std.S.	Ort.	Std.S.	F	p
Liderlik	3,02	2,12	2,43	2,12	3,278	0,071
Çalışan tatmini	2,72	1,94	1,98	1,84	6,449	0,011*
Rasyonel Yön.	3,12	2,10	2,34	2,05	5,964	0,015*
Süreç Odaklılık	4,08	1,03	3,84	1,01	2,263	0,133
Ölçüm	3,81	1,09	3,61	1,12	1,247	0,265
Sürekli Gelişme	3,88	1,22	3,49	1,21	4,106	0,043*
Önleyici Faaliyet	3,68	1,18	3,34	1,18	3,353	0,068
Örgütsel Değerler	3,95	0,86	3,80	0,97	1,084	0,299
Örgütsel Öğren.	4,07	0,84	3,78	1,00	3,481	0,063
Hasta Tatmini	4,12	0,93	3,84	0,92	3,712	0,055
Süreç İyileştirme	4,23	0,94	3,95	1,09	2,750	0,098
Hasta Güvenliği	4,06	0,90	3,71	1,00	4,902	0,027*
İnsani Yönetim	3,52	1,02	3,21	1,10	3,256	0,072
Süreç Mükem.	3,45	0,81	3,20	0,87	3,324	0,069
Kurumsal kame	4,24	0,97	4,08	0,83	1,354	0,245
Örgütsel Değişim	3,56	0,72	3,56	0,75	,002	0,964

* %95 anlamlılık düzeyine göre farklılık.

Yöneticiler ile yönetici olmayan sağlık personelinin kalite ve performans uygulamalarına karşı algıları arasında farklılıklar vardır. Bu farklılıkların belirgin oldukları kriterler tablo 6’da görülmektedir.

Bu farklılıkların birçok nedeni olabilir. Bunlardan biri, modelde belirtilen, iki grup arasında iş yükü algılarının farklı olması olabilir. Ayrıca, bakanlığın uygulamış olduğu kurumsal performans uygulamalarında, performans ve kalite gelişimi konusunda yeterli ödüllendirme ve teşvik sistemlerinin olmayışı da bu farklılıklara önemli bir etken olarak gösterilebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık sistemlerinin temel hedefi tartışmasız daha iyi bir sağlık düzeyidir. Bu hedefe ulaşıp ulaşılmadığı sağlık sisteminin değerlendirilmesi ile ortaya konulabilir. Değerlendirmenin daha nitelikli yapılabilmesi için araç ve yöntem arayışı Alma-Ata Konferansı öncesinden beri, değişmez tema olmaya devam etmektedir. Geçtiğimiz on yılda ise sağlık sisteminin tüm bölümlerinde performans ölçümüne duyulan ilgi artmıştır. Sağlık çıktılarını ölçmek ve diğer faktörlerin sağlık sistemine etkilerinin ortaya koymak zordur. Bu nedenle sağlık sistemlerinin performansları ile ilgili birçok sorunun basit ya da açık cevapları yoktur. Ancak İngiltere, Yeni Zelanda, Avustralya, Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmetleri alanında uygulanan performans ölçüm çalışmalarının "sağlık hizmeti çıktıları artırdığı, hasta bakım kalitesini geliştirdiği, ulusal önceliklere ulaşmasını sağladığı ve sağlıkta eşitsizlikleri azalttığı" saptanmıştır. Sağlık hizmetlerinin performansının ölçülmesine yönelik çalışmalar mevcut durumun değerlendirilmesiyle yeni hedeflerin belirlenmesine katkı sağlamaktadır⁶.

Performansı ölçmek ve sağlık bakımının kalitesini geliştirmek, sağlık bakım organizasyonlarını zorlayan kamusal ve politik konulardır. Geleneksel olarak kalite, sağlık hizmetine maliyetinden bağımsız olarak sınırsız erişim ve tedavi anlamına gelmektedir. Sağlık harcamalarındaki artışın yarısından fazlası hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerine atfedilmektedir ve sağlık hizmetlerinde maliyet artışları, hastaların farkındalığı, ilgisi, bilgisi ve sağlık bakımının değişik boyutları hakkında bilgiye erişimleri ile birleşince bu, sağlık bakım organizasyonlarının sundukları bakımın kalitesini sergilemelerini gerektirmiştir.

Sağlık bakım hizmetlerinin kalitesi bu gün birçok sağlık sisteminin gündemindedir. Kalite ölçümleri sağlık bakımında kalitenin belgelemesi, karşılaştırma ve değerlendirmelere izin vermesi, önceliklerin belirlenmesi, sorumluluğun desteklenmesi ve

şeffaflık sağlanması açısından önem taşımaktadır. Kalite performansı ölçümleri bilginin sınırlar ötesini aştığı, bireylerin ve kurumların karşılaştırmalar yaptığı bir çağda önem kazanmaktadır.

Sağlık bakımında performans iyileştirme vazgeçilemez bir boyut kazanmıştır. Hastalar, sağlık bakım hizmeti sunanlar, politika yapımcılar, vergi ödeyenler ve sigortacılar için gelişen bu disiplin, bazı tezahürleri hakkında olumsuz görüşler olsa da, oldukça faydalı çözümler sunmaktadır. Politika yapımcılar ayrıca şu konuları göz önünde bulundurmalıdır^{10,12}:

- Sonuçlar uygulayıcılar arasında paylaştırılabilir mi ve uluslararası ölçekte en iyi uygulamaların gelişimine izin verir mi?
- Bu alanda öğrenme hakkında daha fazla paylaşımı ve tartışmayı nasıl teşvik edebiliriz?
- Uygulayıcıların işlerinde daha sistematik bir yaklaşımı benimsemelerini ne sağlayacaktır?
- Hastaların ve diğer paydaşların katılımını nasıl sağlayabilir ve performans geliştirme sürecini nasıl zenginleştirebiliriz?
- Performans yönetimi bünyesinde ele alınması gereken yeni meseleler nelerdir?

Bu sorular yazarlar dâhil alandaki herkesi ilgilendiren konulardır. Sağlık bakımı alanında performans yönetimi uygulamasında öğrenmeye vurgu yapılmalıdır. Araştırmacıların özellikli odak noktası bireysel hastalar için sonuçların optimize edilmesi amacıyla klinik seviyede performans yönetimi uygulamaları olmalıdır. Performans iyileştirme disiplini hala erken gelişim aşamasındadır. Bundan dolayı uygulayıcılar işlerinde yeni yaklaşımları uygulamalarının yanında, disiplinin yeni bir seviyeye gelişimi için tecrübelerini de paylaşmalıdırlar.

Performans yönetimi ve Kalite Geliştirme uygulamaları adına yapılan müdahaleler tüm

beklentileri yükseltmiştir. Geline bu noktada sorgulanması gereken, söz konusu gelişmelerin gelecekte sürdürülebilirliği olmalıdır. Bunun için ölçüm sistemlerine süreç içinde eklenecek unsurlar işletmeyi oluşturan sistemin tüm bileşenlerinin etkileşimini bütüncül bir yaklaşımla algılamalı ve sonucu hem nitel, hem de nicel olarak değerlendirmelidir.

Ülkemizdeki yönetim anlayışı hala merkeziyetçi bir temele dayanmaktadır. Merkezin onayı ve tam desteği olmadan yapılacak kalite geliştirme uygulamaları çalışmasının olumsuz yönde etkilenmesi kaçınılmazdır. Her ne kadar kalite geliştirme uygulamalarının sahadan başlaması daha uygun olursa da öncelikle merkez yönetimin (bakanlık, sağlık müdürlükleri, hastane başhekimliği veya klinik şefliği) en üst kademesinden başlayarak ilgili tüm personelin konu hakkında bilgilendirilmesi, konunun gerekliliği açısından duyarlılaştırılması ve uygulamaları teşvik etmeleri sağlanmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin örgüt ve yönetim yapısında yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda benimsenen ve uygulamaya konulması düşünülen ilkeler yerinde çalışmalardır ancak bunu gerçekleştirirken ülkemizin politik gerçeklerinin göz önünde bulundurularak çalışmaların yürütülmesi büyük önem taşımaktadır.

Yeni yapılanmada sağlık bakım hizmeti sağlayanların farkındalığı artırmak esastır. Sağlık profesyonelleri bir gün biz veya bir yakınımız hasta olabilir düşüncesi taşıyarak, özünde sağlık bakım hizmetlerinin performansının ve kalitesinin geliştirilmesini

desteklemektedir. Performans ve kalite girişimleri çalışanların, ileri aşamada düşünmelerini, çabalarını, duyguların ve fiziksel enerjilerini harcamalarını gerektiren bir zor işler yumağıdır ama getireceği faydalar düşünüldüğünde tüm bunlara değer olduğu düşünülebilir. Onların ihtiyaç duydukları en önemli olgu, kalitenin geliştirilmesi adına neyi nasıl yapacaklarının etkili bir şekilde anlatacak bir liderlik mekanizması ve etkili bir ödüllendirme ve teşvik sistemleridir.

Sağlık bakım hizmetlerinin sonuçlarında gerçek ve sürdürülebilir bir fark yaratmak için en iyi uygulama tekniklerinin nasıl sisteme entegre edileceğinin sorgulanması gerekir. Çalışanların, birbirlerinin tecrübeleri ve hatalarından bir şeyler öğrenmeye, iyi bir iletişim sağlayarak herhangi bir yerde geliştirilen en iyi uygulamalar temelinde hizmet inşası yapabilmeye her zamankinden çok ihtiyaçları vardır.

Sonuç olarak; kamu yönetiminin ve hizmetinin verimli ve kaliteli olabilmesi için, insan odaklı yaklaşımın ciddi şekilde ele alınması ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Çünkü kamu örgütlerinde yaşanan pek çok sorunun temelinde bu örgütlerin iyi yönetilmemesi yatmaktadır. İyi yönetim ise iyi liderle mümkündür. Değişimin hızlı bir şekilde yaşandığı ve toplumun bilinçlendiği günümüzde, kamuya bağlı kuruluşların modern yönetim anlayışı ve insan odaklı, etkileşimci ve yenilikçi bir liderlik bileşimini iyi bir şekilde sentezleyen, aktif ve dinamik liderlerle yönetilmesi zorunluluk haline gelmiştir.

KAYNAKLAR

1. Walburg J, (2006). *Principles of performance management, Performance Management in Health Care, Improving patient outcomes: an integrated approach* içinde, Editörler Jan Walburg vd, Routledge Taylor & Francis Group, London and New York
2. Bevan H, Lendon R, (2006). *Setting the scene, Performance Management in Health Care, Improving patient outcomes: an integrated approach* içinde, Editörler Jan Walburg vd, Routledge Taylor & Francis Group, London and New York
3. Kırılmaz H, (2005). *Sağlık Sektöründe Yeniden Yapılanma ve Bir Uygulama: Sağlık Bakanlığı-SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı*, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Basılmamış Yüksek Lisans Tezi
4. Hassan D, (2006). *Measuring Quality Performance in Health Care: The Effect of Joint Commission International Standards on Quality Performance*. Walden University. Doktora Tezi.
5. Kanji G. K, (2002). *Measuring business excellence*, Routledge, London
6. Gazi A, (2006). *Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
7. Niğdelioğlu N, (2007). *Örgütsel Değişim Yönetimi ve Seramik Sektöründe Uygulaması*, Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Endüstri Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya.
8. Şimşek A, (2007). *Sağlık Hizmetlerinin EFQM Mükemmellik Modeli İle Değerlendirilmesi Ve Gazi Üniversitesi Hastanesi Uygulaması*, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

9. Uslu D, (2006). *Örgütlerde Değişim ve Değişim Sürecinin İşgörenlerce Algılanması Üzerine Bir Alan Araştırması: Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği*, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Büro Yönetimi Eğitimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara
10. Wilderspin J, Bevan H, (2006). *Outcome Management and Performance Improvement, Reflections and Future Directions*, Performance Management in Health Care, Improving patient outcomes: an integrated approach içinde, Editörler Jan Walburg vd, Routledge Taylor & Francis Group, London and New York
11. Wilderspin J, Bevan H, (2006). *Setting the scene*, Performance Management in Health Care, Improving patient outcomes: an integrated approach içinde, Editörler Jan Walburg vd, Routledge Taylor & Francis Group, London and New York
12. Walburg J, Wilderspin J, Lemmens K. (2006). Introduction: The challenge of performance improvement in healthcare. *Performance Management in Health Care*, von Jan Walburg, Helen Bevan, John Wilderspin, Karin Lemmens, London, 1-6.
13. Deming W. E. (1996). *Krizden Çıkış*, Arçelik A.Ş., İstanbul
14. Güven C, (2006). *İş Görenlerin Değişim Yönetimi Algılama Düzeylerinin Belirlenmesi ve Kamuda Bir Uygulama*, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı Master Tezi, Ankara.

DOĞUM EYLEMİNİN BİRİNCİ EVRESİNDEKİ MATERNAL MOBİLİZASYONUN DOĞUM ŞEKLİ VE YENİDOĞAN SAĞLIĞI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION THE EFFECTS OF MATERNAL MOBILIZATION ON MODE OF BIRTH AND NEWBORN HEALTH STATUS IN THE FIRST PHASE OF BIRTH

Bihter AKIN¹, Neriman SOĞUKPINAR², Levent AKMAN³, Hüsnu Töre YAVUZŞEN⁴

ÖZET

Araştırma doğum eyleminin birinci evresindeki maternal mobilizasyonun doğum şekli ve yenidoğan sağlığı üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla, randomize kontrollü bir vaka-kontrol çalışması olarak uygulanmıştır. Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Daha önce hazırlanan randomizasyon şemasına uygun olarak 50 gebe vaka grubuna (mobilize olan gebeler), 50 gebe kontrol grubuna (travay süresince yatağa bağımlı gebeler) atanmış olup, toplam 100 vaka ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırma sonucunda doğum eyleminin birinci evresinde mobilize olan gebelerde mobilize olmayan gebelere göre vajinal doğum oranının daha fazla olduğu ve sezaryen ile doğum oranının daha az olduğu, yenidoğanın I. ve V. dak Apgar skorlarının I. dakika oksijen saturasyon düzeylerinin ve 15'inci 120'nci dakika nöroadaptif kapasite skorlarının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular, doğum eyleminin birinci evresinde gebelere hareket özgürlüğü sağlanarak mobilize edilmelerinin sezaryen oranlarının azaltılmasında ve yenidoğanın iyilik düzeyinin daha yüksek olmasında etkili olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Mobilizasyon, Gebe, Doğum şekli ve Yenidoğan

ABSTRACT

The research has been carried out as a randomized controlled case-control study, in order to evaluate the effects of maternal mobilization on mode of birth and newborn health status in the first phase of birth. The research has been carried out in T.R. Ministry of Health İzmir Buca Gynecology and Pediatrics Hospital. In accordance with the previously prepared randomization scheme, 50 pregnant women have been designated for case group (mobilized pregnant women) and 50 pregnant women have been designated for control group (stay in bed pregnant women throughout the labor) and the research has been completed with 100 cases overall. At the end of the research, it has been determined that in comparison to immobilized pregnant women, the rate of spontaneous delivery was higher and the rate of caesarean section was lower and 1st and 5th minute Apgar scores, 1st minute oxygen saturation level and 15th and 120th minute neuro-adaptive capacity scores of newborns were meaningfully higher in mobilized pregnant women. The findings of this study have shown that the mobilization of pregnant women in first phase of the delivery had effects on decreased level of caesarian section rates and on higher well-being levels of the newborns.

Keywords: Mobilization, Pregnant women, Mode of birth and Newborn.

*Çalışma 19.07.2011 tarihinde yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 1.Uluslararası 2.Ulusal Ebelik Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur

¹Uzman Ebe Gaziemir Nevvar Salih İşgören Devlet Hastanesi /İzmir

²Prof. Dr. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Ana Bilim Dalı

³Uzman Doktor Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

⁴Uzman Doktor Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

İletişim/ Corresponding Author : Bihter Akın
e-posta : bihterakin@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received : 14.12.2016
Kabul Tarihi / Accepted : 08.03.2016

GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum eyleminin birinci evresinde gebenin ve fetal kalp seslerinin takibi, gebe ve fetus sağlığı açısından çok önemlidir. Dünyada birçok ülkede, doğum yapmak üzere hastaneye yatışı yapılan gebelerin, doğum eyleminin birinci evresinde dengesini kaybederek düşme olasılığını azalttığı; vaginal muayene, yaşam bulguları ve fetal kalp seslerinin takibi gibi rutin işlemlerde kolaylık sağlaması nedeni ile ayağa kalkmalarına izin verilmemektedir.^{10,14} Ayrıca, gebelerin travay süresince yatar pozisyonda olmaları doğumu gerçekleştiren ebeler ve kadın doğum uzmanlarının çalışmaları açısından daha elverişli bir ortam sağlamaktadır.^{13,14}

Buna karşın gebeler doğumun ilk evresini yatakta değil ayakta ya da yürüyerek geçirmeyi tercih etmektedir.¹⁷ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de, doğum eyleminin birinci aşamasında gebenin serbestçe dolaşması ve eylem süresince rahat ettiği pozisyonu alması hususunda desteklenmesi gerektiğini savunmaktadır.¹⁵ Ayrıca doğum eyleminin birinci evresinin, ayakta ya da oturur pozisyonda (vertikal pozisyonda) olan gebelerde yan yatış pozisyonunda (horizontal

pozisyon) olan gebelere oranla ortalama bir saat daha kısa sürdüğü^{4,13,19}, horizontal pozisyonda olmanın servikal dilatasyonun 5 cm. olmasına kadarki süreçte bel ve sırt ağrılarını da hafiflettiği saptanmıştır.^{4,15,19} Ancak maternal mobilizasyon doğum eyleminin ikinci aşamasının uzunluğunu ve doğum şeklini etkilememektedir.¹³

Literatürde travay dönemindeki gebelerin pozisyonlarının daha çok doğum süreci üzerindeki etkilerinin değerlendirildiği çalışmalara rastlanmıştır. Bilimsel bilgiler çerçevesinde doğum eyleminin, özellikle fetüsün ve sonrasında yenidoğanın sağlığını önemli ölçüde etkilediğinin bilinmesine karşın; doğumun birinci evresinde maternal mobilizasyonun fetüs ve yenidoğan üzerindeki etkilerini araştıran çalışmaların oldukça sınırlı sayıda olduğu görülmüştür.¹³ Bu sonuçlardan yola çıkılarak bu çalışmada da gebenin doğum eyleminin birinci evresindeki mobilizasyon durumunun doğum şekli ve yenidoğanın sağlık durumu üzerindeki etkilerinin saptanması amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırma İzmir Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yürütülmüş olup; hastane yönrtiminden ve T.C. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu'ndan 09-12/15 karar numarası ile izin alınmıştır. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken power (güç) analizi kullanılmıştır. I. tip hata $\alpha=0.05$, II. tip hata $\beta=0.2$ (power=%80) olmak üzere gerekli örneklem sayısı 100 olarak hesaplanmıştır. Veriler 15 Ocak 2010 ile 15 Mayıs 2010 tarihleri arasında toplanmış olup; bu çalışma randomize kontrollü yarı deneysel bir çalışmadır. Randomize kontrollü çalışmalarda gönüllüler önceden tombala usulü belirlenmiş tabloya göre iki gruptan

birine dâhil edilmektedir.⁸ Bu çalışmada da önceden araştırmacı tarafından elli kâğıda vaka (yürüyebilecek, oturabilecek gebeler grubu) elli kâğıda kontrol (doğum gerçekleşinceye kadar yatakta kalacak gebeler grubu) yazılarak bir torbaya atılmış ve sonrasında kâğıtlar sırasıyla torbadan çekilmiştir. Bu yapılan uygulama sonrasında bir tablo oluşturulmuştur. Verilerin toplanması aşamasında; araştırmanın kriterlerine uygun olan gebeler tablodan bakılarak sırasıyla iki gruptan birine dâhil edilmiştir. Araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı tarihler arasında Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne başvuran tüm gebeler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise; aynı tarihler arasında Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne başvuran ve doğum eyleminin başladığı tespit edilen, 37-42'inci gebelik haftaları arasında, tek fetüse sahip, USG ile ölçümde tahmini fetal ağırlığı 2500-4000 gr. arasında, amnios mayii yeterli olan, servikal dilatasyonu en fazla 3 cm. olan, 18-35 yaş arası, en az ilköğretim mezunu, herhangi bir sistemik hastalığı olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler oluşturmuştur. Böylelikle gebelerin eşit olasılıkla örnekleme girebilmesi, her iki grupta yer almak için eşit şans tanınması ve araştırmacının taraf tutmasının önlenmesi sağlanmıştır. Bir günde en fazla iki gebe alınmış olup, bulaşın önlenmesini sağlamak amacıyla bir gebenin tüm işlemleri tamamlanmadan çalışmaya başka bir gebe atanmamıştır.

Araştırmaya dâhil olan gebelere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verildikten sonra sözlü ve yazılı onamları alınarak hangi grupta oldukları hakkında bilgi verilmiştir. Doğum eyleminin aktif fazındaki elektronik fetal monitorizasyon (EFM) sonucunu değerlendiren kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, gebelerin hangi grupta olduğunu bilmediği için çalışma tek kör olarak uygulanmıştır. Vaka grubundaki her gebe araştırma ve doğum eyleminin birinci evresinin sonuna kadar özgürce hareket edebileceği konusunda bilgilendirilmiştir. Gebeler doğum eyleminin ikinci evresine kadar yürümeye teşvik edilmiş, yorulduklarında oturmalarına izin verilmiştir. On beş dakikada bir gebelerin yatağa uzanmaları istenmiş, araştırmacı tarafından fetal kalp atım hızları dinlenmiş ve kaydedilmiştir. Ayrıca tüm gebelerin doğum eyleminin birinci evresinin aktif fazında (servikal dilatasyon 5 cm. iken) EFM uygulanmış, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı tarafından 'reaktif' ya da 'nonreaktif' olarak değerlendirilmiş ve kaydedilmiştir. Vaka grubundaki gebeler doğum eyleminin ikinci evresinde doğum salonuna alınmış, doğum eylemi araştırmacı

tarafından gözlemlenmiş ve doğum şekli, doğum sonrasında yenidoğana ilişkin veriler (I. dakika Apgar Skoru, V. dakika Apgar Skoru, I. dakika oksijen saturasyon düzeyi, 15. dakika nöroadaptif kapasite skoru) araştırmacı tarafından doğum salonunda toplanarak kaydedilmiştir.

Vaka grubundaki gebelerden bir tanesi 'fetal distress' tanısıyla sezaryene alınmış ve yenidoğana ilişkin veriler ameliyathane ortamında kaydedilmiştir.

Her iki grupta yer alan gebelerin yenidoğanlarının 120'nci dakika nöroadaptif kapasite skorları ise anne ve yenidoğan doğum salonundan Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisine transfer edildikten sonra hasta odasında araştırmacı tarafından gözlemlenmiştir.

Kontrol grubundaki gebeler doğum eyleminin birinci evresini, yatakta sol yan pozisyonda ve EFM cihazına bağlı olarak geçirmiş, sadece tuvalet ihtiyaçları olduğunda ayağa kalkmalarına izin verilmiştir (hastanedeki rutin bakım uygulanmıştır). Vaka grubundaki gebelerde olduğu gibi her on beş dakikada bir fetal kalp atım hızları kaydedilmiş ve doğum eyleminin birinci evresinin aktif fazında EFM çekilerek değerlendirme sonuçları kaydedilmiştir. Doğum eyleminin birinci evresinin aktif fazındaki EFM sonuçları servikal dilatasyon 5 cm. iken değerlendirilmiştir. Vaka grubundaki gebelerden verilerin elde edilme aşamasında gebelerin hiçbirinde servikal dilatasyonları 5 cm. olana kadarki süreçte 'nonreaktif EFM' sonucu tespit edilmemiştir. Kontrol grubunda ise 'nonreaktif EFM' sonucu alınan 8 gebeye doğum eylemi gerçekleşinceye kadar gerekli müdahaleler yapılmış, bu gebelerden altısı 'fetal distress' endikasyonu ile sezaryen ile doğuma alınmıştır. Doğum eyleminin ikinci evresinden sonraki veri toplama işlemi, vaka grubundaki gebelerde olduğu gibi gerçekleştirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayarda Statistical Package for Social Science (SPSS) 18.0 paket programında gerçekleştirilmiştir.

Parametrik değişkenlerde verilerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için Shapiro-Wilk testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerde gruplar arası önem farklılığının kontrolünde Student-t Test (Gebelerin yaşlarına göre dağılımları, gebelik haftası ortalamaları, travay süresi, yenidoğanların oksijen saturasyon düzeyleri) Normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Mann Whitney-U Testi (Vaka ve kontrol grubundaki gebelerin yenidoğanlarının Apgar skorları ve nöroadaptif kapasite skorlarının

karşılaştırılması) uygulanmıştır. Nonparametrik değişkenlerde gruplara göre çapraz tablolar oluşturulmuş ve Ki kare/Fisher Excel analizi (Gebelerin eğitim, meslek, sosyal güvence durumları; gebelerin eşlerinin yaş ve eğitim durumları; gebelerin gebe kalma durumu, toplam gebelik sayıları, doğum öncesi bakım alma durumu, fetal ağırlık durumu, gebelerin hastaneye başvurma nedeni, yenidoğanın cinsiyeti, gebelerin doğum eyleminin aktif fazındaki EFM sonuçlarının karşılaştırılması, vaka ve kontrol grubundaki gebelerin doğum şekilleri açısından karşılaştırılması) uygulanmıştır. Tüm analizlerde istatistik önemlilik eşik düzeyi olarak 0,05 alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Gebelerin çoğunluğu 25-29 yaş diliminde yer almaktadır. Kontrol grubu gebelerin yaş ortalaması 27,30±3,99 yıl, deney grubu gebelerin yaş ortalaması 26,76±4,14 yıl, genel yaş ortalaması ise 27,03±4,05 yıldır.

Gebe kalma durumları incelendiğinde, vaka ve kontrol gruplarının her ikisinde de spontan olarak gebe kalanların oranı %96, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalanların oranı %4 olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 1. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		Toplam		p*
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Gebe Kalma Durumu							
Spontan	48	96,0	48	96,0	96	96,0	1,000
Yardımcı üreme teknikleri yardımı ile	2	4,0	2	4,0	4	4,0	
Toplam Gebelik Sayıları							
1	30	60,0	23	46,0	53	53,0	0,471
2	11	22,0	12	24,0	23	23,0	
3	7	14,0	11	22,0	18	18,0	
4	2	4,0	4	8,0	6	6,0	
Doğum Öncesi Bakım (DÖB) Alma Durumu**							
Evet	50	100,0	50	100,0	100	100,0	
Hayır	0	0	0	0	0	0	
Fetal Ağırlık Durumu							
2500-2999	7	14,0	6	12,0	13	13,0	0,705
3000-3499	27	54,0	24	48,0	51	51,0	
3500-3999	16	32,0	20	40,0	36	36,0	
Hastaneye Başvurma Nedeni							
Kontraksiyonların Başlaması	33	66,0	43	86,0	76	76,0	0,019
Membran rüptürü	17	34,0	7	14,0	24	24,0	
Yenidoğanın Cinsiyeti							
Kız	28	56,0	23	46,0	51	51,0	0,317
Erkek	22	44,0	27	54,0	49	49,0	
TOPLAM	50	100,0	50	100,0	100	100,0	

*Ki kare testi

** En az bir kere doğum öncesi bakım alma durumu kriter olarak belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki gebelerin %60'ının vaka grubundaki gebelerin %46'sının ilk

gebeliği olduğu görülmektedir. Vaka ve kontrol grubundaki gebelerin toplam gebelik

sayıları açısından aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Souza ve arkadaşları (2006) maternal mobilizasyonun doğum süreci üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları derlemede; konu ile ilgili çalışmaların primipar ve multipar gebelerle yapıldığını belirtmiştir¹⁹. Bu çalışmada da primipar ve multipar gebeler çalışmaya dâhil edilmiştir. Her iki grup gebelik sayıları bakımından benzer bulunmuştur ($p>0,05$).

Vaka ve kontrol grubundaki gebelerin tamamının (%100) doğum öncesi bakım aldıkları görülmektedir.

Her iki gruptaki gebelerin tahmini fetüs ağırlıkları incelendiğinde, vaka grubunda %54 oranında, kontrol grubunda ise %48 oranında fetüs ağırlığının 3000-3499 gram arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan vaka ve kontrol grubundaki gebeler fetal ağırlık açısından benzer bulunmuştur ($p>0,05$).

Gebelerin hastaneye başvurma nedenlerine ilişkin dağılımlarına bakıldığında ise; kontrol grubundaki gebelerin %66'sının, vaka grubundaki gebelerin ise %86'sının kontraksiyonlarının başlaması nedeniyle hastaneye başvurduğu belirlenmiştir. Vaka ve kontrol grubundaki gebeler hastaneye başvurma nedenleri bakımından farklı bulunmuştur ($p<0,05$).

Her iki grup yenidoğanların cinsiyetleri açısından benzer bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 2. Gebelerin Doğum Eyleminin Aktif Fazındaki EFM Sonuçlarının Karşılaştırılması

Gebelerin EFM Sonuçları	Kontrol Grubu (n=50)		Vaka Grubu (n=50)		Toplam (N=100)		İstatistiksel Değer*
	n	%	n	%	N	%	
Reaktif EFM	44	88,0	50	100,0	94	94,0	p=0,012
Nonreaktif EFM	6	12,0	0	0	6	6,0	
TOPLAM	50	100,0	50	100,0	100	100,0	

* Chi-Square Testi

Vaka grubundaki gebelerin %100'ünün, kontrol grubundaki gebelerin ise %88'inin EFM sonuçları reaktif olarak belirlenmiştir.

EFM sonuçları açısından vaka ve kontrol grubundaki gebeler karşılaştırıldığında ise, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Aluş ve arkadaşlarının (2007) farklı maternal pozisyonların EFM sonuçları üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçladığı ve 408 gebenin yer aldığı çalışmalarında; supine, semi fowler, sol lateral ve oturur pozisyonda olan gebelerin diğer pozisyondaki (ayakta olan) gebelere oranla fetal reaktivitelerinin daha düşük düzeyde olduğu sonucuna varmışlardır.¹

Cito ve arkadaşları ise yatma, oturma ve yürümenin EFM sonuçları üzerindeki etkilerini değerlendirmek için bir çalışma yapmış ve deselasyonların daha çok hasta yatağında yatan gebelerde görüldüğünü ve fetal aktivitenin artması için gebelerin yürümeye teşvik edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.⁶

Bu çalışmada vaka grubundaki gebelerin sürekli ayakta durma, yürüme ve hareket etmelerinin, diğer bir anlatımla mobilize durumda olmalarının EFM sonuçları üzerinde olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir.

Tablo 3. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Şekilleri Açısından Karşılaştırılması

Doğum Şekli	Kontrol Grubu (n=50)		Vaka Grubu (n=50)		Toplam (N=100)		İstatistiksel Değer*
	n	%	n	%	N	%	
Vaginal Doğum	4	8,0	11	22,0	15	15,0	p=0,005
Vaginal Doğum (Epizyotomi)	36	72,0	38	76,0	74	74,0	
Sezaryen ile Doğum	10	20,0	1	2,0	11	11,0	
TOPLAM	50	100,0	50	100,0	100	100,0	

*Ki Kare Testi

Kontrol grubundaki gebelerin %8'i, vaka grubundaki gebelerin ise %22'sinin vaginal doğum yaptığı belirlenmiştir. Vaka grubunda sadece bir gebe servikal dilatasyon 8 cm. iken fetal distress endikasyonu ile sezaryen ile doğum yapmıştır. Kontrol grubunda ise 6 gebe fetal distress, 4 gebe ilerlemeyen travay

endikasyonu ile olmak üzere toplam 10 gebe sezaryenle doğum yapmıştır. Vaka ve kontrol grubundaki gebeler doğum şekilleri açısından karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$).

Souza ve arkadaşları (2006), doğum eyleminin birinci aşamasında maternal pozisyonun doğum sürecine etkilerini araştıran 9 adet randomize kontrollü çalışmayı analiz etmişler ve mobilize olan ve olmayan gebeler arasında sezaryen ile doğum yapma açısından anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir.¹⁹

Lawrence ve arkadaşlarının (2009) maternal mobilizasyonun doğum süreci üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları meta analizde; doğum eyleminin birinci aşamasını yürüyerek ya da oturarak geçiren gebelerle, yatarak geçiren gebeler arasında normal vaginal doğum ve müdahaleli doğumun görülmesi açısından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Ancak sezaryen ile doğum oranlarına bakıldığında ise mobilize olan gebelerde, yatağa bağımlı gebelere oranla az da olsa sezaryen ile doğum oranının düşük olduğu saptanmıştır.¹³ Bu çalışmada da sezaryen ile doğum oranları bu çalışmadakine benzer şekilde vaka grubunda daha düşük bulunurken, kontrol grubunda daha yüksektir.

Tablo 4. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Yenidoğanlarının Apgar Skorları Açısından Karşılaştırılması

Apgar Skoru	Kontrol Grubu (n=50)		Vaka Grubu (n=50)		İstatistiksel Değer*
	Median	IR	Median	IR	
Yenidoğanın I.dakika Apgar Skoru	8	0	9	1	$z=6,161$ $p=0,001$
Yenidoğanın V.dakika Apgar Skoru	9	1	9	1	$z=5,866$ $p=0,001$

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 4’de vaka ve kontrol grubundaki yenidoğanların Apgar skorları açısından karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Yenidoğanın I. dakika Apgar skorunun median değeri kontrol grubunda 8, vaka

grubunda ise 9 olarak belirlenmiştir. Yenidoğanın I. dakika Apgar skorları açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($z=-6,16$, $p<0,001$).

Yenidoğanın V.dakika Apgar skorlarına bakıldığında ise; her iki grupta da median değeri 9 çıkmıştır. Ancak vaka grubunda minimum değer 9, maksimum değer 10; kontrol grubunda ise minimum değer 8, maksimum değer 10 bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde de yenidoğanın V.dakika Apgar skorları açısından iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($z=-5,87$, $p<0,001$).

Literatürde doğum eyleminin birinci evresindeki maternal mobilizasyonun yenidoğanın Apgar skoru üzerine etkilerini değerlendiren birçok çalışma vardır.^{5,7,9,13,18}

Bloom ve arkadaşlarının (1998) yürümenin doğum süreci ve doğum eylemi üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmalarında da doğum eyleminin birinci evresini yürüyerek geçiren grupla, yatarak geçiren grup arasında Apgar skorları ve neonatal ölüm açısından farklılık saptanmamıştır.⁵

Lawrence ve arkadaşlarının (2009) maternal mobilizasyonun doğum süreci üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları meta analizde; doğum sonrası dönemde yenidoğanın V. dakika Apgar skorunu değerlendiren altı adet çalışmayı değerlendirmişlerdir. Bu değerlendirme sonucu doğum eyleminin ilk evresini yürüyerek ya da oturarak geçiren gebelerin yenidoğanlarıyla yatarak geçiren gebelerin yenidoğanları arasında V. dakika Apgar skorları açısından iki grup arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır.¹³

Souza ve arkadaşları (2006) aynı amaçla altı adet çalışmayı analiz etmişler ve altı adet çalışmadan birinde deney grubundaki yenidoğanların V. dakika Apgar skorlarının kontrol grubundaki yenidoğanların V. dakika Apgar skorlarından yüksek olduğunu bulmuşlardır.¹⁹

Doğum eyleminin birinci aşamasındaki maternal mobilizasyonun doğum süreci üzerini değerlendiren pek çok çalışma yapılmasına rağmen çok azında fetüs ve yenidoğan üzerine etkileri değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmalarda sadece yenidoğanın I. ve V. dakika Apgar skoru ile Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ne yatış oranı ve neonatal ölüm oranları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada da vaka ve kontrol grubundaki gebelerin yenidoğanları I. ve V. dakika Apgar skorları açısından karşılaştırılmış ve iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu farklılığın nedeninin gebenin sürekli ayakta olmasına bağlı olarak; fetüse olan baskının azalması, yerçekiminin de etkisiyle fetüsün pelvise bası yaparak travay süresini kısaltması, tüm bunların sonucunda da vaka grubundaki gebelerdeki normal spontan doğum oranının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 5. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Yenidoğanlarının Oksijen Saturasyon Düzeylerinin ve Nöroadaptif Kapasite Skorlarının (NACS) Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu (n=50)		Vaka Grubu (n=50)		İstatistiksel Değer
	Ort	± Ss	Ort	± Ss	
Yenidoğanların Oksijen Saturasyon Düzeyleri	90,32	±3,13	93,0	±1,59	t=-5,39* p=<0,001
Yenidoğanların 15'inci dakika Nöroadaptif Kapasite Skorları	34,0	1,0	36	1	z=-6,362** p=<0,001
Yenidoğanların 120'nci dakika Nöroadaptif Kapasite Skorları	36	0,25	38	0	z=-6,417** p=<0,001

*Bağımsız Gruplarda t Testi

**Mann-Whitney U Testi

Tablo 5'te vaka ve kontrol grubundaki yenidoğanların oksijen saturasyon düzeyleri açısından karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Yenidoğanların oksijen saturasyon düzeylerinin ortalaması kontrol grubunda,

90,32±3,13, vaka grubunda ise 93,0±1,59 olarak bulunmuştur. Yenidoğanların oksijen saturasyon düzeyleri açısından iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (t=5,39, p<0,001).

Vaka ve kontrol grubundaki gebelerin yenidoğanları, postpartum I. dakika oksijen saturasyon düzeyleri açısından karşılaştırıldığında aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (t=-5,39, p<0,001). Yenidoğanların oksijen saturasyon düzeylerinin ortalama değeri kontrol grubunda 90,32±3,13, vaka grubunda ise 93,0±1,59 olarak bulunmuştur.

Çalışmadan elde edilen bu sonucun nedeni, gebenin doğum eyleminin birinci evresini ayakta ya da yürüyerek geçirmesi sonucu, uteroplantal alana olan baskının azalması ve buna bağlı olarak fetal dolaşımın daha sağlıklı olması şeklinde değerlendirilebilir. Bu çalışmada da yenidoğanların oksijen saturasyon düzeylerinin vaka grubunda daha yüksek olmasının, doğum eyleminin birinci evresinde gebenin mobilize olmasının yenidoğan sağlığı üzerinde olumlu etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Literatürde doğum eyleminin birinci evresinde maternal mobilizasyonun yenidoğanın oksijen saturasyon düzeyi üzerine etkilerini değerlendiren çalışmalara rastlanmamıştır.

Nöroadaptif kapasite skoru; yenidoğanda gelişen santral sinir sistemi depresyonunu erken dönemde belirlemek için geliştirilen bir tarama testidir.² Bu tarama testi, literatürde doğum eyleminde kullanılan bazı ilaçların yenidoğan üzerindeki etkilerini saptamak amacıyla kullanılmıştır.^{3,12} Ancak maternal mobilizasyonun yenidoğan üzerindeki etkilerini değerlendirmek için Nöroadaptif Kapasite Skorunu bir değerlendirme ölçütü olarak kullanan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada yenidoğanların 15'inci dakika Nöroadaptif Kapasite skorunun median değeri kontrol grubunda 34, vaka

grubunda ise 36 olarak bulunmuş olup, her iki grup arasında 15'inci dakika Nöroadaptif Kapasite skorları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($z=-6,362$, $p<0,001$).

Yenidoğanın 120'nci dakika Nöroadaptif Kapasite Skorlarına bakıldığında ise; median değeri kontrol grubunda 36 ve vaka grubunda 38 olarak bulunmuş olup, her iki grup

arasında 120'nci dakika Nöroadaptif Kapasite Skorları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($z=-6,417$, $p<0,001$).

Sonuç olarak gebelerin doğum eyleminin birinci evresini ayakta ya da yürüyerek geçirmesinin yenidoğanın nöroadaptif kapasite skoru üzerine olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda gebelerin travay süresince hareket özgürlüğüne sahip olmalarının doğum şeklinin yanı sıra fetus ve yenidoğan üzerinde de olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir. Elde edilen veriler doğrultusunda fetus ve yenidoğanın optimum sağlık düzeyinin sağlanması amacıyla gebelere travayda hareket özgürlüğünün sağlanması önerilmektedir. Elektronik fetal kalp hızı monitörüne bağlanmak için herhangi bir endikasyonu olmayan gebeler, gereksiz yere yatağa bağımlı tutulmayıp hareket etmeleri için teşvik edilmelidir. Gebelere travayda bakım ebeler tarafından

verilmektedir. Ancak günümüzde ebeler gebeye travayda hareket özgürlüğü sağlama konusunda doktordan bağımsız karar verememektedirler. Ebelerin doğum öncesi dönem, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek bakımı konusunda bağımsız rolleri olduğu unutulmamalı, ebeler bu bağımsız rollerini yerine getirmek için hastane yönetimleri tarafından desteklenmelidir. Son olarak ebeler bilimine katkı sağlaması ve özellikle gebelere en iyi bakımın verilmesi açısından özellikle hastanelerde çalışan ebeler, bilimsel çalışma yapmak için teşvik edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Aluş, M., Okumuş, H., Mete, S., Güçlü S. (2007). The Effects of Different Maternal Positions On Non-Stress Test: An Experimental Study., *J Clin Nurs.*, 16:562-8.
2. Amel-Tison, C., Barrier, G., Shnider, S. M., Levinson, G., Hughes, S. C., Stefani, S. J. (1982). A New Neurologic and Adaptive Capacity Scoring System for Evaluating Obstetric Medications in Full-term Newborns, *Anesthesiology*, 56:340-350.
3. Aydin, G. B., Coskun, F., Sahin, A., Aypar, U. (2008). Influence Of Sevoflurane And Desflurane On Neurological And Adaptive Capacity Scores In Newborns. *Saudi Med J.*, 29:841-6.
4. Başgöl, Ş., Beji, N. K. (2015). Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 32-39.
5. Bloom, S. L., McIntire, D. D., Kelly, M. A., Beimer, H. L., Burpo, R. H., Garcia, M. A., J. Leveno, K. J., (1998). Lack Of Effect Of Walking On Labor And Delivery, *The New England Journal of Medicine*, 339 :76 .
6. Cito, G., Luisi, S., Mezzesimi, A., Cavicchioli, C., Calonaci, G., Petraglia F. (2005). Maternal Position During Non-Stress Test and Fetal Heart Rate Patterns, *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 84:335-8.
7. Duran, B., Mamik, B. A., Güvenal, T., Çetin, M., Çetin, A., Sezer, H. (2003). Yenidoğanda Umbilical Arter Kan Gazları ile Apgar Skorlamasının Önemi ve Perinatal ve Obstetrik Faktörlerin Etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*; 25: 51-54.
8. Erefe, İ. (Ed.) (2004). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Ankara, Odak Ofset s: 94-95
9. Gül, N. (2008). Normal Doğum Ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
10. Karaçam, Z. (2001). Doğum Sırasında Kullanılan Pozisyonların Anne ve Bebek Sağlığına Etkisi, *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 56-62.
12. Karaman, S., Akercan, F., Aldemir, O., Terek, M. C., Yalaz, M., Fırat V. (2006). The Maternal And Neonatal Effects Of The Volatile Anaesthetic Agents Desflurane And Sevoflurane In Caesarean Section: A Prospective, Randomized Clinical Study. *J Int Med Res.*, 34:183-92.
13. Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.*, 9;(10):CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
14. Lugina, H., Rose M., Smith H. (2004). Mobility and Maternal Position During Childbirth in Tanzania:an Exploratory Study at Four Government Hospitals, *BMC Pregnancy and Childbirth*,4:1-10.
15. Makuch, M. Y. (2010). Maternal positions and mobility during first stage of labour: RHL commentary. *The WHO Reproductive Health Library*; Geneva: World Health Organization.
16. Molina, F. J., Sola, P. A., Lopez, E., Pires, C. (1997). Pain in the first stage of labor:Relationship with the Patient's position, *Journal of Pain and Symptom Management*, 13:98-103.
17. Scotland ,G. S., McNamee , P., Cheyne, H., Hundley, V., Barnett, C. (2011). Women's preferences for aspects of labor management: results from a discrete choice experiment. *Birth*. 38(1):36-46.

18. Simkin P., Ancheta R.. (2005). The Labor Progress Handbook (2nd ed.), Malde MA: Blackwell Science.
19. Souza,J. P., Miquelutti M. A., Cecatti J. G., Makuch M. Y. (2006). Maternal Position During The First Stage of Labor:A Systematic Review, *Reproductive Health* , 3:10.
20. The Royal Collage of Midwives (RCM). (2008). Evidence-Based Guidelines for Midwifery-led Care in Labour. Positions for Labour and Birth. The_Royal_Collage_of_Midwives._http://www.rcm.org.uk/collage/policy_practice/guidelines/practice-guidelines/?locale=en. [Erişim Tarihi: 07.11.2016].

DOĞUM EYLEMİNE AKTİF OLARAK KATILAN EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN KAYGI VE ÖZ-GÜVEN DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF ANXIETY AND SELF-CONFIDENCE LEVELS OF MIDWIFERY STUDENTS' PARTICIPATED IN BIRTH PROCESS ACTIVELY

Özlem DURAN AKSOY¹, Şükran ERTEKİN PINAR¹, Zeliha Burcu YURTSAL¹, Sultan UÇUK²,
Tuğçe ŞAHİN³, Hamza YILAN⁴

ÖZET

Araştırma doğum eylemine aktif olarak katılan ebelik üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin kaygı ve öz-güven düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın örneklemini doğum eylemine aktif olarak katılan iki üniversitenin ebelik bölümü üçüncü ve dördüncü sınıfta öğrenim görmekte olan 174 öğrenci oluşturmuştur. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ve Öz-güven Ölçeği ile toplanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin DKÖ puanı 41,70±6,43, SKÖ puanı 46,71±6,39, toplam öz-güven ölçeği puanı 126,91±24,33 olup, iç öz-güven boyutu 65,31±12,59, dış öz-güven boyutu 61,60±12,20'dir. Araştırmada doğum eylemine katılabilmek için teorik bilgilerinin yeterli olduğunu düşünme durumuna göre DKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu (p<0,05) saptanmıştır. Öğrencilerin mesleği seçme durumu, bölümü tercih nedeni, teorik bilgilerinin ve uygulama becerilerinin yeterli olduğunu düşünme, teorik derslere ve klinik uygulamalara yönelik sorunlarında destek alma durumuna göre öz-güven ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu (p<0,05) bulunmuştur. Araştırmada durumluk kaygı puanları ile sürekli kaygı puanları, dış öz-güven, iç öz-güven ve toplam öz-güven puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Durumluk kaygı puanları arttıkça sürekli kaygı puanları, dış öz-güven, iç öz-güven ve toplam öz-güven puanları artmaktadır. Öğrencilerin kaygı düzeyleri orta, öz-güven düzeyleri yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, Öğrenci, Doğum, Kaygı, Öz-Güven

ABSTRACT

The study was conducted to examine anxiety and self-confidence levels of 3rd and 4th grade midwifery students' who participate in birth processes actively. Descriptive study's sample is composed of 174 3rd and 4th grade midwifery students of two universities who participate in birth processes actively. Data were collected by Personal Information Form, State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and Self-Confidence Scale. State Anxiety Inventory (SAI) score of students who participated in the study is 41,70±6,43, Trait Anxiety Inventory (TAI) score is 46,71±6,39, total self-confidence scale score is 126,91±24,33 and their internal self-confidence size is 65,31±12,59, external self-confidence size is 61,60±12,20. A significant difference (p<0,05) was found between SAI average scores according to thinking as theoretical knowledge is sufficient to be able to participate in birth process. A significant difference (p<0,05) was also found between self-confidence scale average scores according to students' choice of profession, reason of their choices, assuming their theoretical knowledge and practical skills are sufficient and getting support in problems related to theoretical courses and clinical practices. It was determined that there was a significant positive correlation between state anxiety scores and trait anxiety scores, between external self-confidence and internal self-confidence scores and among total self-confidence scores of students (p<0,05). As the state anxiety scores of the students increase, their trait anxiety scores, external self-confidence, internal self-confidence and total self-confidence scores increase, too. Students' anxiety levels are medium and their self-confidence levels are high.

Keywords: Midwifery, Student, Birth, Anxiety, Self-Confidence

Araştırma 1. Uluslararası - 5. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur (24-26 Nisan 2014, Eskişehir).

¹Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Sivas.

²Arş. Gör., Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Sivas.

³Ebe, Çat Toplum Sağlığı Merkezi, Erzurum.

⁴Ebe, Gümüşhane Devlet Hastanesi, Gümüşhane.

İletişim/ Corresponding Author: Şükran ERTEKİN PINAR
e-posta: sepinar09@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 27.12.2016
Kabul Tarihi / Accepted: 03.03.2017

GİRİŞ VE AMAÇ

Kaygı, tehdit altında hissedilen korku ve gerginlik durumudur.¹ Öz-güven ise amaç ve görevleri başarmak için bireyin kendi yeteneklerini tanıması, inanması, kendini sevmesi ve kendi duygularının farkına varması olarak tanımlanmaktadır. Öz-güven bireyin kendine verdiği değer önemli bir anahtardır.^{2,3} Bireyin performansını da önemli düzeyde etkileyen bir duygudur.^{4,5} Bu nedenle öz-güven duygusu, bireyin olumlu yaşantılara sahip olması, kendi yeteneklerini güçlendirebilmesi, güçlü yanlarını başarılı bir kişi olma yolunda destekleyebilmesi için önemli bir faktördür.⁶ Öz-güveni yüksek olan bireyler yeteneklerinin ve kapasitelerinin farkında oldukları için gerçekçi ve ulaşılabilir hedeflere sahiptirler.² Birey ne kadar başarılı olursa öz-güven düzeyi o kadar yükselir ve zorluklarla mücadele etme gücü artar.⁷ Ülkemizde yapılan bir çalışmada iç öz-güven ve dış öz-güvenleri yüksek olan hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin problem çözme yeteneğinin de yüksek olduğu bulunmuştur.⁸ Öz-güvenin olumlu yönde gelişimi iyi bir öğrenme süreci, etkili performans ve etkili karar verme için de önemlidir.^{4,9} Öz-güven yoksunluğunda birey, başkalarına daha fazla bağımlı olur ve bireysel olarak karar vermeye direnç gösterir.⁷ Ayrıca düşüncelerini gerçekleştirilmede, sorumluluk almada ve diğer bireylerle iletişimde de güçlük yaşayabilir.²

Ebelik öğrencileri 26775 sayılı, 2 Şubat 2008 tarihli “Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik” hükümlerine göre mezun olabilmek için 40 normal doğum yaptırmayı şartını yerine getirmek zorundadırlar.¹⁰ Bu nedenle ebelik öğrencileri, klinik uygulamalarda aktif olarak doğum yaptırmak durumundadır. Klinik öğrenme, klinik uygulamaların gerçekleştirildiği alanlarda bilgi, beceri ve değerlerin kazanılması sürecidir. Uygulama alanına çıkan öğrenci hiç alışık olmadığı yeni bir ortam içine girmektedir. Öğrenci bu ortamda değişik

öğrenme fırsatları ve deneyimler elde etmekte, bir dizi soru ve sorunla karşılaşmakta, bu sorunlar da öğrencinin belirsizlik ve kaygı düzeyini artırmaktadır.¹¹ Öğrencilerin yaşadığı klinik deneyim eksikliği, iyi bilinmeyen-alışılmadık alanlar, zor hastalar, öğretim elemanları tarafından değerlendirilme korkusu ve hastane personeliyle iletişim bozukluğu klinik deneyimleri sırasında kaygıya neden olan durumlardır.¹² Ayrıca yanlış yapma korkusu, teori ve uygulama arasında bağlantı kurmada güçlük yaşama, klinikte öğretim elemanlarından yeterli destek alamama, ekiple işbirliği kurmada güçlük yaşama gibi sorunlar klinik eğitim süresince öğrencide ruhsal gerilim yaratabilmektedir.⁴ Carlson ve arkadaşlarına (2003) göre klinik uygulamalarda personele zaman kısıtlaması nedeniyle ulaşamaması, bakım hizmetlerini yürütecek araç-gerecin olmaması, öğretim elemanı ile klinik çalışanların beklentileri arasında farklılık olması ve öğrencilerin sorunları hakkında yöneticilerin bilgi eksikliğinin olması öğrencilerin kaygı ve belirsizlik duyguları yaşamasına etki eden faktörlerdir.¹³ Yaşanan bu durumlar öğrencinin anksiyetesini artırarak öğrenme isteğinin azalmasına, üretken ve yaratıcılığının engellenmesine ve kendini gerçekleştirilememesine neden olabilmektedir. Dolayısı ile öğrencinin öğrenme sürecine engel olarak başarısızlık duygusu yaşamasına ve mesleğinden uzaklaşmasına yol açabilmektedir.^{4,14}

Geleceğin sağlık profesyoneli olan ebelik öğrencilerinin ruhsal gerilimler ve klinik problemler ile başa çıkabilecek yeterlilikte olması, sağlık bakımının kalitesini etkileyeceği için önemlidir.⁸ Öz-güven duygusu öğrencilerin akademik başarılarını etkileyen psikolojik bir faktör olduğundan öğrencinin öğrenmeye ve farkındalık kazanmaya açık olması, etkin bir klinik performans gösterebilmesi, öğrendikleri becerileri klinik ortamda uygulayabilmesi için öz-güvenli olması ve motivasyonunun artması önemlidir.^{3,5} Böylelikle anne ve

bebek sağlığına yönelik girişimsel uygulamalarda öğrencilerin daha etkin yer alabilecekleri ve mesleki potansiyellerinin geliştirilebileceği düşünülmektedir.

Ülkemizde konu ile ilgili yapılan çalışma sayısının sınırlı olduğu görülmektedir.⁸

Araştırma doğum eylemine aktif olarak katılan ebelik üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin kaygı ve öz-güven düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın evrenini 2013-2014 eğitim-öğretim yılı bahar yarıyılında İç Anadolu Bölgesindeki iki üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde öğrenim görmekte olan, doğum eylemine aktif olarak katılan 201 öğrenci oluşturmuştur. Öğrencinin doğuma aktif katılması, daha önce en az bir kez destekle ya da yalnız olarak doğuma katılmış olmasını göstermektedir. Evrenin tamamı çalışmaya alınmış, araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 174 (A Üniversitesi n=116; B Üniversitesi n=58) öğrenci örnekleme alınmıştır. Araştırmaya katılım oranı %86,5'tir.

Öğrencilere araştırmacılar tarafından uygulama öncesinde araştırma hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere veri toplama araçlarını nasıl dolduracakları açıklanmıştır. Veriler, öğrenciler sınıf ortamında iken toplanmıştır. Formların doldurulması 10-15 dakika sürmüştür. Verilerin toplanabilmesi için her iki üniversitenin ilgili bölümlerinden yazılı izin alınmıştır. Öğrencilere araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirilmiş onamları alınmış ve gizlilik ilkesine uyulmuştur. Toplanan bilgilerin gizli kalacağı, kendilerinden kimlik bilgilerinin istenmediği ve gönüllülüğün esas alındığı iletilmiştir. Araştırma Helsinki Deklerasyon Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır.

Araştırmada verilerin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ve Öz-güven Ölçeği kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Bu form öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, mesleğe yönelik düşünceleri, doğum uygulamaları sırasındaki bilgi ve becerilerine yönelik 26 sorudan oluşmaktadır.^{9,15}

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği kısa değerlendirilmelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Ölçek Likert tipinde olup "Hiç" ile "Tamamıyla" arasında değişen dört derecelik bir ölçektir.¹⁵ Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte (1985) tarafından yapılmıştır.¹⁶ Ölçek toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), bireyin belirli bir anda ve belirli koşullar altında kendini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. Sürekli Kaygı Ölçeği ise (SKÖ) bireyin genellikle kendini nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Ölçeğinde tersine dönmüş ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeğinde tersine dönmüş ifadeler ise 21,26,27,30,33,36 ve 39.'uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Ölçeği için bu değişmeyen değer 50,

Sürekli Kaygı Ölçeği için 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Envanterin güvenilirliğine bakıldığında; sürekli kaygı envanterinin Alpha güvenilirliği 0,83 ile 0,87 arasında, durumluk kaygı envanteri için 0,94 ile 0,96 arasında bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliğinin sürekli kaygı envanteri için 0,71 ile 0,86 arasında, durumluk kaygı envanteri için 0,26 ile 0,68 arasında bulunmuştur.¹⁶

Öz-güven Ölçeği

Akın (2007) tarafından geliştirilen, 33 maddeden oluşan ölçek "iç öz-güven" ve "dış öz-güven" olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. İç öz-güven alt boyutunu 1,3,4,5,7,9,10,12,15,17,19,21,23,25,27,30 ve 32. maddeler, dış öz-güven alt boyutunu 2,6,8,11,13,14,16,18,20,22,24,26,28,29,31 ve 33. maddeler oluşturmaktadır. Ölçek 1-5 arasında puanlanan likert tipi olup, "1" hiç bir zaman, "2" nadiren, "3" sık sık, "4" genellikle ve "5" her zaman şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 165, en düşük puan ise 33'dür. Olumsuz madde bulunmayan ölçekten alınan yüksek puan, yüksek düzeyde öz-güveni

göstermektedir. Ölçekten alınan toplam puan madde sayısına (33) bölünerek, bireyin öz-güven düzeyi belirlenir. Ölçekten alınan puanın 2,5'in altında olması düşük, 2,5 ile 3,5 arası olması orta, 3,5 ve üzeri olması ise yüksek düzeyde öz-güveni göstermektedir. Öz-güven ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık katsayıları ölçeğin bütünü için 0,83, iç öz-güven ve dış öz-güven alt ölçekleri için sırasıyla, 0,83 ve 0,85 olarak bulunmuştur.⁷

İstatistiksel Analiz

Araştırmada veriler SPSS 14,0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; sosyo-demografik özelliklerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik dağılım, normal dağılım gösteren bağımsız değişken için student t testi, normal dağılım göstermeyen bağımsız değişken için kruskal-wallis testi ve değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Korelasyonun gücü $r=0,00-0,24$ ise zayıf, $r=0,25-0,49$ ise orta, $r=0,50-0,74$ ise güçlü, $r=0,75-1,00$ ise çok güçlü olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmada Cronbach's Alpha katsayısı sürekli kaygı envanteri için 0,84, durumluk kaygı envanteri için 0,90'dır. Öz-güven ölçeğinin bütünü için Cronbach's Alpha katsayısı 0,96, iç öz-güven 0,94, dış öz-güven ise 0,93 olarak bulunmuştur.

Öğrencilerin yaş ortalaması $21,97\pm 0,99$ 'dur. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %31'i üçüncü sınıf, %69'u da dördüncü sınıftadır. Öğrencilerin %47,7'sinin öğrenim yaşantısı süresince yurtda kaldığı, %88,5'inin ailesinin çekirdek aile yapısında olduğu, %51,1'inin gelir durumunun gereksinimlerini kısmen yeterli düzeyde karşıladığı bulunmuştur (Tablo 1).

Öğrencilerden %64,9'unun mesleğini isteyerek seçtiği, %44,3'ünün kendi isteği ile bölümü tercih ettiği ve %92'sinin mesleğini

sevdiği saptanmıştır. Doğum eylemine aktif olarak katılabilmelerine yönelik olarak öğrencilerin %51,1'i teorik bilgilerinin, %56,9'u uygulama becerilerinin kısmen yeterli olduğunu belirtmiştir. Öğrenciler doğum eylemine daha aktif katılım için bölümden beklentilerinin aktif öğretim elemanı desteği (%25,9) ve doğumhane staj sayısının artırılması (%28,2) olduğunu, kliniklerden beklentilerinin ise etkin profesyonel iletişim (%44,8), ikinci evre yönetiminde aktif rol verilmesi (%23,6) ve çalışan-öğrenci güven ilişkisinin temin edilmesi (%21,8) olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin %58,6'sının teorik derslere yönelik sorunlarında öğretim elemanlarından, %49,4'ünün ise klinik uygulamalara yönelik sorunlarında ebelerden destek aldığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri (n=174)

Özellikler	Sayı	%	
Sınıf	Üçüncü sınıf	54	31,0
	Dördüncü sınıf	120	69,0
Öğrenim hayatı sırasında yaşadığı yer	Evde aile	45	25,9
	Evde arkadaş-yalnız	46	26,4
	Yurt	83	47,7
Aile tipi	Çekirdek	154	88,5
	Geniş	17	9,8
	Parçalanmış	3	1,7
Gelirinin gereksinimlerini karşılama düzeyi	Yeterli	56	32,2
	Kısmen yeterli	89	51,1
	Yetersiz	29	16,7
Mesleğini isteyerek seçme durumu	İsteyerek seçen	113	64,9
	İsteyerek seçmeyen	61	35,1
Bölümü tercih nedeni	Kendi isteği	77	44,3
	İş bulma imkanı	71	40,8
	Aile isteği	26	14,9
Mesleğini sevme durumu	Seven	160	92,0
	Sevmeyen	14	8,0
Teorik bilgilerinin yeterli olduğunu düşünme	Yeterli	80	46,0
	Kısmen yeterli	89	51,1
	Yetersiz	5	2,9
Uygulama becerilerinin yeterli olduğunu düşünme	Yeterli	65	37,4
	Kısmen yeterli	99	56,9
	Yetersiz	10	5,7
Doğum eylemine aktif olarak katılabilmek için bölümden beklentiler	Aktif öğretim elemanı desteği	45	25,9
	Doğumhane staj sayısının artırılması	49	28,2
	Bölümün beklentilerini karşılıyor olması	40	23,0
	Formlardan çok yapılan uygulamalara önem verilmesi	25	14,3
	Öğretim elemanları ile ebeler arasında güçlü iletişim ve işbirliğinin sağlanması	10	5,7
	Teorik derslerin anlatımında etkinliğin sağlanması	5	2,9
Doğum eylemine aktif olarak katılabilmek için klinikten beklentiler	Etkin profesyonel iletişim	78	44,8
	İkinci evre yönetiminde aktif rol verilmesi	41	23,6
	Çalışan-öğrenci güven ilişkisinin temini	38	21,8
	Kliniğin beklentilerini karşılıyor olması	17	9,8
Teorik derslerdeki sorunlarda destek alınan kişiler	Öğretim elemanı	102	58,6
	Arkadaş	42	24,1
	Almayan	16	9,2
	Ebe	14	8,1
Uygulamalara yönelik sorunlarda destek alınan kişiler	Ebe	86	49,4
	Öğretim elemanı	48	27,6
	Arkadaş	30	17,2
	Almayan	10	5,8

Araştırmaya katılan öğrencilerin DKÖ puanı $41,70 \pm 6,43$ (min=29; max=73), SKÖ puanı $46,71 \pm 6,39$ (min=25; max=64) olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Bu bulguya göre öğrencilerin sürekli kaygı puanları, durumluk kaygı puanlarına göre biraz daha yüksektir. Çalışmamızda öğrenciler ilk kez doğum stajına çıkmamakta, doğum eylemine aktif olarak katılmaktadırlar. Bu nedenle durumluk kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu

düşünülmektedir. Bunun yanı sıra ebelik öğrencileri doğrudan doğum yaptırmakta ve sürekli ruhsal gerilime neden olabilen doğum eylemi ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle de sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Spielberger'in kaygı kuramında, sürekli kaygı düzeyinde stres ve sonrası durumlarda önemli bir değişme olmayacağı belirtilmiştir.¹⁷ Çalışmamızda da sürekli kaygı düzeyinin diğer çalışmalara göre

fazlaca farklılık göstermemesi kuramı desteklemektedir. Doğumhane stajına çıkan hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada staja başlamadan önce öğrencilerin durumluk kaygı düzeylerinin yüksek olduğu, stajın ilerlemesi ile birlikte azaldığı ve anlamlı fark saptandığı bulunmuş; sürekli kaygı düzeylerinde ise anlamlı bir fark saptanmamış ve bir değişme gözlenmemiştir.¹⁵ Hemşirelik Esasları dersini ilk kez alan öğrencilerin durumluk kaygı düzeyleri klinik uygulamanın ilerlemesiyle azalırken; sürekli kaygı düzeylerinde önemli bir değişme belirlenmemiştir.¹⁷ Tez hazırlayan üçüncü ve dördüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinde durumluk kaygı puanı araştırmamızdan daha yüksek bir oranda bulunurken sürekli kaygı puanı araştırma sonucuna yakın düzeyde bulunmuştur.¹⁸ Başka bir çalışmada, sağlık ile ilgili programlarda öğrenim gören üniversite öğrencilerinin durumluk kaygı puan ortalaması 38,5±10,5, sürekli kaygı puan ortalaması ise 43,1±8,5 olarak bulunmuştur.¹⁹ Ebelik ve hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir araştırmada da durumluk kaygı puan ortalaması 40,11±10,84, sürekli kaygı puan ortalaması ise 43,95±7,98 olarak saptanmıştır.²⁰ Bu bulgular çalışmamızdan elde edilen bulgular ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda toplam öz-güven ölçeği puan ortalaması 126,91±24,33 (min=36; max=165) olup, iç öz-güven boyutu 65,31±12,59 (min=19; max=85), dış öz-güven boyutu 61,60±12,20 (min=17;

max=80) olarak saptanmıştır (Tablo 2). Ayrıca öz-güven ölçeğinin değerlendirilmesine göre (ölçekten alınan puanın 2,5'in altında olması düşük, 2,5 ile 3,5 arası olması orta, 3,5 ve üzeri olması ise yüksek düzeyde öz-güveni göstermektedir) öğrencilerin %4'ünün düşük, %24,1'inin orta, %71,9'unun ise yüksek düzeyde öz-güveni olduğu belirlenmiştir.

Bu bulguya göre öğrencilerin çoğunluğunun yüksek düzeyde öz-güvenli olduğu görülmektedir. İç öz-güven; bireyin kendini sevmesi, tanınması, açık hedefler belirlemesi, pozitif düşünme becerisine sahip olması, güçlü ve zayıf yönlerini bilmesi gibi özelliklerden oluşmaktadır. Dış öz-güven ise; bireylerin diğer bireylerle kolay iletişim kurabilmesi, kendini ifade edebilmesi, duygularını kontrol edebilmesi ve risk alabilmesi gibi özellikleri içermektedir.⁸ Öğrenme yaşantısının kalitesi, eğitim programı ve öğrencilerin kişilik özellikleri öz-güven gelişiminde rol oynamaktadır.⁹ Ebelik bölümü öğrencilerinin, gerek bakım verdiği bireylerle kurduğu iletişim gereği, gerekse kendini tanıma ve iletişim gibi yönlerde sürekli gelişim ve değişim göstermesi gerektiğinden eğitim süreci boyunca öz-güven düzeylerinin yükseldiği düşünülmektedir. Uçar ve Duy'un (2013) ebelik öğrencileri ile yaptığı bir çalışmada öz-güven düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur.⁸ Bu bulgu çalışmamızdan elde edilen bulgular ile uyumluluk göstermektedir.

Tablo 2. Öğrencilerin Kaygı ve Öz-Güven Ölçeği Puan Ortalamaları (n=174)

Ölçekler	Min-Max	X ± SS
Durumluk Kaygı Ölçeği	20-80* (29-73)**	41,70 ± 6,43
Sürekli Kaygı Ölçeği	20-80* (25-64)**	46,71 ± 6,39
İç Öz-güven Boyutu	17-85* (19-85)**	65,31 ± 12,59
Dış Öz-güven Boyutu	16-80* (17-80)**	61,60 ± 12,20
Toplam Öz-güven Ölçeği	33-165* (36-165)**	126,91 ± 24,33

*Ölçeğin min-max puanları

** Öğrencilerin aldığı min-max puanlar

Araştırmamızda doğum eylemine katılabilmek için teorik bilgilerinin yeterli olduğunu düşünen ve teorik derslerde yaşadığı sorunlarda öğretim elemanından destek alan öğrencilerin DKÖ puanlarının

istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 3).

Teorik bilgilerin yeterliliği ve yaşanan sorunlarda öğretim elemanlarından destek alma öğrencilerin başarı durumunu olumlu

yönde etkileyebilmektedir. Literatürde üniversite öğrencilerinin okuldaki başarı durumu ile durumluk kaygı düzeyi arasında anlamlı farklılığın olmadığı çalışmalar yer almakla^{21,22} birlikte, kaygı ve akademik başarı arasında pozitif ilişki bulun bir çalışma literatürde bulunmaktadır.²³ Bunların yanı sıra durumluk kaygı, öznel gerilim ve korku duygularıyla karakterize olan geçici ve kısa süreli duygusal bir durumdur.²⁴ Bireyin içinde bulunduğu ruhsal gerilimden dolayı hissettiği subjektif korkudur. Ruhsal gerilimin yoğun olduğu zamanlarda durumluk kaygı seviyesinde yükselme, gerilim ortadan kalkınca da düşme olmaktadır.¹⁶ Doğum olayı ruhsal gerilime neden olan bir olay olabilmektedir. Doğumun hem kadın hem de bebek için yaşamsal bir öneminin olması, yapılabilecek bir hata durumunda annenin ya da bebeğin kaybına ve sakatlığına neden olunabileceği düşüncesi öğrencilerin durumluk kaygı düzeylerinin yüksekliğini açıklayabilir.

Öğrencilerin öz-güven ölçeği puan ortalamaları değişkenlere göre incelendiğinde; mesleği seçme durumu ve bölümü tercih nedenine göre öz-güven ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Mesleğini isteyerek seçen öğrencilerin dış öz-güvende, bölümü kendi isteğiyle tercih edenlerin iş imkanı bulmak için tercih edenlere göre iç öz-

güven, dış öz-güven ve toplamda öz-güven puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4).

Meslek seçimi, kişinin çeşitli meslek grupları arasında en iyi yapabileceği faaliyetleri içerdiğini düşündüğü ve kendisine en üst düzeyde doyum sağlayacağına inandığı bir mesleğe yönelmesidir.^{25,26} Mesleklerini sevmeden ve benimsemeden yapanlar, kendi tercihlerini yapma ile ilgili sıkıntı yaşayanlar, iş ortamında huzursuz olma, verimsiz çalışma, hatalar yapma gibi olumsuzluklarla karşı karşıya kalabilmektedirler.²⁶ Bir mesleği isteyerek seçen bireylerin o mesleği gerektiği şekilde yürütmesini, bu meslekte çalışanların verdiği hizmetten doyum bulmasını, yorgunluk duymamalarını, ruhsal gerilime tutulmamalarını sağlamaktadır. Kişinin mesleğinde başarılı olabilmesi, mesleği bilerek ve isteyerek seçmesi, mesleğe ruhsal ve zihinsel olarak hazır olmasıyla ilgilidir.²⁵ Aynı zamanda mesleği isteyerek tercih etmek, bireylerin öğrencilik ve mesleki yaşantısında daha başarılı olmasına, mesleği severek yapmasına, mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmesine ve olumlu benlik saygısı oluşturmaya da katkı sağlamaktadır.²⁷ Bu nedenler mesleğini isteyerek seçen ebelik öğrencilerinin öz-güven düzeylerinin yüksek olduğu bulgusunu açıklayabilir.

Tablo 3. Öğrencilerin Bazı Değişkenlere Göre Kaygı Puanları (n=174)

Değişkenler	n	Durumluk Kaygı X ± SS	Sürekli Kaygı X ± SS
Mesleğini isteyerek seçme durumu			
İsteyerek seçen	113	41,92 ± 6,62	46,82 ± 5,82
İsteyerek seçmeyen	61	41,29 ± 6,09	46,50 ± 7,38
t		0,610	0,309
p		0,542	0,758
Bölümü tercih nedeni			
Kendi isteği	77	42,77 ± 6,97	46,71 ± 5,69
İş bulma imkanı	71	40,69 ± 6,10	47,23 ± 7,19
Aile isteği	26	41,26 ± 5,25	45,26 ± 6,01
KW		4,384	1,025
p		0,112	0,599
Teorik bilgilerinin yeterli olduğunu düşünme			
Yeterli	80	42,87 ± 6,94	46,45 ± 5,35
Kısmen yeterli	89	40,76 ± 5,92	47,17 ± 6,48
Yetersiz	5	39,60 ± 3,43	42,60 ± 15,82
KW		6,507	0,716
p		p=0,039*	0,699
Uygulama becerilerinin yeterli olduğunu düşünme			
Yeterli	65	41,86 ± 6,38	46,24 ± 6,81
Kısmen yeterli	99	41,53 ± 6,65	46,94 ± 6,12
Yetersiz	10	42,30 ± 4,78	47,40 ± 6,65
KW		0,870	0,818
p		0,647	0,664
Teorik derslerdeki sorunlarda destek alınan kişiler			
Öğretim elemanı	102	42,38 ± 6,04	46,58 ± 6,16
Arkadaş	42	41,59 ± 8,02	47,28 ± 6,38
Almayan	16	38,62 ± 5,38	47,31 ± 7,24
Ebe	14	40,57 ± 3,73	45,21 ± 7,44
KW		8,166	1,286
p		0,043	0,733
Uygulamalara yönelik sorunlarda destek alınan kişiler			
Ebe	86	42,51 ± 7,04	47,36 ± 6,68
Öğretim elemanı	48	41,00 ± 6,32	46,52 ± 4,73
Arkadaş	30	40,63 ± 4,78	45,20 ± 7,02
Almayan	10	41,30 ± 5,69	46,60 ± 8,69
KW		1,875	2,671
p		0,599	0,445

*p<0,05

Araştırmamızda teorik bilgilerinin ve uygulama becerilerinin yeterli olduğunu düşünme durumuna, teorik derslere ve klinik uygulamalara yönelik sorunlarında destek alma durumuna göre öz-güven ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4).

Doğum eylemine katılabilmek için teorik bilgilerinin yeterli olduğunu düşünen öğrencilerin iç öz-güven, dış öz-güven ve toplamda, klinik uygulama becerilerinin yeterli olduğunu düşünenlerin iç öz-güven ve toplamda kısmen yeterli ve yetersiz olanlara göre öz-güven puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Klinik uygulama, öğrenci açısından ebelik eğitiminin önemli bir parçasıdır. Klinikte hastalarla ilgili öğretim elemanlarının soruları, başarısız olma ve hata yapma korkusu, sürekli öğretim elemanının varlığı, personelin ve hastaların olumsuz davranışları ebelik öğrencilerinin karşılaşabileceği stresörlerdir.²⁸ Teorik bilgi ve becerisini yeterli olarak algılayan öğrenci klinikteki bu stresörlerle daha kolay baş ederek kendine olan güvenin de artmasına neden olabilecektir. Aynı zamanda öğrencinin bilgi ve becerisinin yüksek olması kendi performansları hakkında öğretim elemanları ve klinikte çalışan personelden olumlu geri bildirimler almasına, klinik becerilerin daha da olumlu olmasına ve öz-güvenlerinin yükselmesine etki edeceği düşünülmektedir. Çünkü hem teorik hem de uygulama alanında gerekli olan bilgi ve beceriye sahip olduğunu düşünen bireylerin, kendine olan güveni, daha başarılı olma konusundaki aktiviteleri ve harcayacağı çaba artabilmektedir.⁷ Bu durum bilgi-beceri yeterliliği ile ilgili düşüncelerin öz-güven boyutuna olan etkisini de açıklamaktadır.

Klinik uygulamalara yönelik sorunlarında öğretim elemanlarından destek alan öğrencilerin iç öz-güven puanları daha yüksektir. Teorik derslere yönelik sorunlarında destek almayan öğrencilerin ise iç öz-güven, dış öz-güven ve toplamdaki öz-güvenleri daha düşüktür. Öğretim

elemanlarının öğrencilere rol modeli olması, kullanılan öğretim stratejileri, öğrencinin öz-güveninin gelişimi ve öğrendiklerini klinikte uygulayabilmesi için önemlidir.²⁹ Chesser-Smyth ve Long (2013) birinci sınıftaki hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin duygularının göz ardı edilmesinin, iletişim eksikliğinin, öğretim elemanlarının yetersiz tutumlarının hızlı bir şekilde öz-güvenlerini etkilediğini saptamışlardır.⁴ Elde edilen sonucun, öğretim elemanlarının öğrenci ve klinik çalışanlar ile işbirliği içerisinde problem çözme yaklaşımı kullanmalarının hem teorik derslere hem de klinikteki uygulama atmosferine olan etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda öğrencilerin durumluk kaygı puan ortalaması ile sürekli kaygı ($r=0,202$, $p=0,007$) ve dış öz-güven puan ortalamaları ($r=0,241$, $p=0,001$) arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir korelasyon, iç öz-güven ($r=0,289$, $p=0,001$) ve toplam öz-güven puan ortalamaları ($r=0,270$, $p=0,001$) arasında pozitif yönde anlamlı orta düzeyde bir korelasyon saptanmıştır. İç öz-güven puan ortalaması ile dış öz-güven ($r=0,927$, $p=0,001$) ve toplam öz-güven puan ortalamaları arasında ($r=0,982$, $p=0,001$) pozitif yönde anlamlı çok güçlü bir korelasyon belirlenirken, dış öz-güven puan ortalaması ile toplam öz-güven puan ortalaması kıyaslandığında pozitif yönde anlamlı çok güçlü bir korelasyon olduğu ($r=0,981$, $p=0,001$) bulunmuştur. Ayrıca sürekli kaygı puan ortalaması ile iç öz-güven ($r=0,071$, $p=0,354$), dış öz-güven ($r=0,049$, $p=0,523$) ve toplam öz-güven puan ortalamaları ($r=0,061$, $p=0,424$) arasında pozitif yönde, ancak anlamlı olmayan bir korelasyon olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Öğrencilerin durumluk kaygı puanları arttıkça sürekli kaygı puanları, dış öz-güven, iç öz-güven ve toplam öz-güven puanları artmaktadır. Kaygı düzeyinin çok düşük ve yüksek oluşu öğrenmeyi zorlaştırırken, orta düzeyde kaygı öğrenmeyi kolaylaştırmakta ve teşvik etmektedir.³⁰ Öğrenmedeki başarı öğrencilerin öz-güven düzeyini etkileyebilmekte ancak sürekli kaygı

düzeyinin belirli sınırlarda tutulması gerekmektedir. Elde edilen bu bulgular, var olan kaygının öğrencilerin başarısını ve öğrenmesini olumlu yönde etkileyerek öz-

güvenlerinin de artışına neden olduğu şeklinde açıklanabilir.

Tablo 4. Öğrencilerin Bazı Değişkenlere Göre Öz-Güven Puanları (n=174)

Değişkenler	n	İç Öz-güven	Dış Öz-güven	Toplam
		X ± SS	X ± SS	Öz-güven X ± SS
Mesleğini isteyerek seçme durumu				
İsteyerek seçen	113	66,49 ± 12,03	63,01 ± 11,67	129,51 ± 23,29
İsteyerek seçmeyen	61	63,13 ± 13,39	58,98 ± 12,81	122,11 ± 25,66
t		1,691	2,101	1,928
p		0,093	0,037*	0,055
Bölümü tercih nedeni				
Kendi isteği	77	68,01 ± 11,75	64,19 ± 12,00	132,21 ± 23,36
İş bulma imkanı	71	62,53 ± 13,32	59,22 ± 12,21	121,76 ± 25,05
Aile isteği	26	64,92 ± 11,62	60,42 ± 11,67	125,35 ± 22,77
KW		6,656	6,613	6,989
p		0,036*	0,037*	0,030*
Teorik bilgilerinin yeterli olduğunu düşünme				
Yeterli	80	69,48 ± 12,34	64,70 ± 12,48	134,19 ± 24,46
Kısmen yeterli	89	62,38 ± 10,90	59,64 ± 10,56	122,02 ± 20,94
Yetersiz	5	50,80 ± 20,70	47,00 ± 19,09	97,80 ± 38,77
KW		19,310	12,617	16,618
p		0,001*	0,002*	0,001*
Uygulama becerilerinin yeterli olduğunu düşünme				
Yeterli	65	67,84 ± 14,51	63,63 ± 13,61	131,48 ± 27,90
Kısmen yeterli	99	63,53 ± 11,19	60,45 ± 11,17	123,99 ± 21,74
Yetersiz	10	66,50 ± 10,11	59,80 ± 11,67	126,30 ± 21,36
KW		7,423	4,794	6,149
p		0,024*	0,091	0,046*
Teorik derslerdeki sorunlarda destek alınan kişiler				
Öğretim elemanı	102	67,70 ± 12,62	63,78 ± 12,00	131,49 ± 24,26
Arkadaş	42	65,30 ± 10,36	62,23 ± 10,88	127,55 ± 20,61
Almayan	16	53,62 ± 11,65	49,87 ± 11,63	103,50 ± 22,41
Ebe	14	61,28 ± 12,02	57,21 ± 10,16	118,50 ± 21,73
KW		18,706	18,423	18,848
p		0,001*	0,001*	0,001*
Uygulamalara yönelik sorunlarda destek alınan kişiler				
Ebe	86	66,41 ± 12,39	61,98 ± 12,14	128,41 ± 24,04
Öğretim elemanı	48	67,18 ± 12,81	63,56 ± 11,90	130,75 ± 24,40
Arkadaş	30	62,26 ± 10,96	60,36 ± 11,28	122,63 ± 21,63
Almayan	10	56,00 ± 13,92	52,60 ± 14,19	108,60 ± 27,82
KW		8,951	6,404	7,312
p		0,030*	0,094	0,063

p<0,05

Tablo 5. Öğrencilerin Kaygı ve Öz-Güven Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=174)

	Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı	İç Öz-güven	Dış Öz-güven	Toplam Öz-güven
Durumluk Kaygı					
r	1	0,202	0,289	0,241	0,270
p		0,007	0,001*	0,001*	0,001*
Sürekli Kaygı					
r		1	0,071	0,049	0,061
p			0,354	0,523	0,424
İç Öz-güven					
r			1	0,927	0,982
p				0,001*	0,001*
Dış Öz-güven					
r				1	0,981
p					0,001*
Toplam Öz-güven					
r					1
p					

*p<0,05

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada; öğrencilerin kaygı düzeylerinin orta, öz-güven düzeylerinin yüksek olduğu ve bunları etkileyen faktörlerin ise mesleği kendi isteğiyle seçme, teorik bilgi ve uygulama becerilerinin yeterliliği ile teorik ders ve klinik uygulamalara yönelik sorunlarda öğretim elemanı desteği olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin durumluk kaygı puanları ile sürekli kaygı puanları, dış öz-güven, iç öz-güven ve toplam öz-güven puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçları doğrultusunda; öğrencilerin

bilinçli meslek seçimi yapmaları için meslek tanıtımlarına önem verilmesi, teorik bilgi ve uygulama becerilerinin geliştirilmesi için kaygı düzeylerini uygun sınırlarda tutabilecek, öğrenme motivasyonunu artıracak ve öz-güven düzeylerini yükseltecek öğretim ortamı oluşturulması, derslere yönelik sorunlarıyla aktif şekilde ilgilenebilecek sayıda öğretim elemanı istihdamı ile kliniklerle iletişim ve işbirliği çalışmalarına öncelik verilmesi önerilmektedir. Ayrıca konuya yönelik daha fazla sayıda araştırma yapılmasına gereksinim bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

- Büyüköztürk, Ş. (1997). "Araştırmaya yönelik kaygı ölçeğinin geliştirilmesi". Eğitim Yönetimi, 3(4): 453-464.
- Şar, A.H., Avcu, R., Işıklar, A. (2010). "Analyzing undergraduate students' self-confidence levels in terms of some variables". Procedia-Social and Behavioral Sciences, 5: 1205-1209.
- Kukulu, K., Korukcu, O., Ozdemir, Y., Bezci, A., Calik, C. (2013). "Self-confidence, gender and academic achievement of undergraduate nursing students". J Psychiatr Ment Health Nurs, 20(4):330-335.
- Chesser-Smyth, P.A, Long, T. (2013). "Understanding the influences on self-confidence among first-year undergraduate nursing students in Ireland". J Adv Nurs, 69(1):145-157.
- Porter, J., Morphet, J., Missen, K., Raymond, A. (2013). "Preparation for high-acuity clinical placement: Confidence levels of final-year nursing students". Adv Med Educ Pract, 4: 83-89.
- Ekinci, H. (2013). "Müzik öğretmeni adaylarının solo sahne performansına ilişkin öz-güven algılarının bazı değişkenler bakımından incelenmesi". Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2: 52-64.
- Akın, A. (2007). "Öz-güven ölçeğinin geliştirilmesi ve psikometrik özellikleri". AİBÜ, Eğitim Fakültesi Dergisi, 7(2): 167-176.
- Uçar, T., Duy, B. (2013). "Ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin denetim odağı ve öz-güvenlerinin problem çözme becerileri ile ilişkisi". TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(6): 689-698.
- Donovan, P. (2008). "Confidence in newly qualified midwives". BJM, 16: 510-514.
- Resmi Gazete. (2008). Doktorluk, hemşirelik, ebelik, diş hekimliği, veterinerlik, eczacılık ve mimarlık eğitim programlarının asgari eğitim koşullarının belirlenmesine dair yönetmelik, Kanun no: 2677530, 2 Şubat 2008. Erişim yeri: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/02/20080202-9.htm>, Erişim tarihi: 15.09. 2016.
- Utku, N., Ogur, P. (2010). "Öğrencilerin doğum kadın hastalıkları ve hemşireliği dersi alan uygulamasına ilişkin duygu ve düşünceleri". Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3(1):45-54.
- Bayar, K., Çadır, G., Bayar, B. (2009). "Hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamaya yönelik düşünce ve kaygı

- düzeylerinin belirlenmesi". TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(1):37-42.
13. Carlson, S., Kotzé, W.J., Van Rooyen, D. (2003). "Accompaniment needs of first-year nursing students in the clinical learning environment". *Curationis*, 26(2):30-39.
 14. Moscaritolo, L.M. (2009). "Intervention strategies to decrease nursing students' anxiety in the clinical learning environment". *J Nurs Educ*, 48(1):17-23.
 15. Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologist's Press.
 16. Öner, N., Le Compte, A. (1985). *Durumluk sürekli kaygı envanteri el kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
 17. Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yılmaz, S., Yıldırım, A. (2008). "Sağlık Yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamaya ilişkin kaygı düzeylerinin belirlenmesi". *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1):69-75.
 18. Güleç, D., Saruhan, A. (2013). "Tez hazırlayan hemşirelik öğrencilerinin kaygı düzeylerinin incelenmesi". *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 3(2):161-165.
 19. Karaman S. (2009). Sağlık ile ilgili programlarda öğrenim gören üniversite öğrencilerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri*.
 20. Kaya, H., Kaya, N., Öztürk Palloş, A., Küçük, L. (2012). "Assessing time-management skills in terms of age, gender, and anxiety levels: A study on nursing and midwifery students in Turkey". *Nurse Educ Pract*, 12(5):284-288.
 21. Gül Akmaz, M., Ceyhan, N. (2009). "Fen Edebiyat Fakültesi Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü öğrencilerinin durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ve kaygı nedenleri (Tokat örneği)". *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 1: 131-147.
 22. Yılmaz, İ.A., Dursun, S., Güngör Güzeler, E., Pektaş, K. (2014). "Üniversite öğrencilerinin kaygı düzeyinin belirlenmesi: Bir örnek çalışma". *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 4(4):16-26.
 23. Al-Qaisy, L.M. (2011). "The relation of depression and anxiety in academic achievement among group of university students". *International Journal of Psychology and Counselling*, 3(5): 96-100.
 24. Özen Kutanis, R., Tunç, T. (2013). "Hemşirelerde benlik saygısı ile durumluk ve sürekli kaygı arasındaki ilişki: Bir üniversite hastanesi örneği". *İş, Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 15(2): 1-15.
 25. Önler, E., Varol Saraçoğlu, G. (2010). "Hemşirelikte meslek seçimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği". *DEUHYO ED*, 3(2): 78-85.
 26. Özpancar, N., Aydın, N., Akansel, N. (2008). "Hemşirelik 1. sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleği ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi". *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3): 9-17.
 27. Ertekin Pınar, Ş., Yıldırım, G., Duran, Ö., Cesur, B., Üstün, Z., Güler, E. (2014). "Ana çocuk sağlığı hizmetlerinde kilit rolde olan ebe adaylarının güdülenmeleri yeterli mi? Bir anket çalışması". *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(3):22-31.
 28. Cilingir, D., Akkas Gursoy, A., Hintistan, S., Ozturk, H. (2011). "Nursing and midwifery college students' expectations of their educators and perceived stressors during their education: A pilot study in Turkey". *Int J Nurs Pract*, 17(5): 486-494.
 29. Jordan, R., Farley, C.L. (2008). "The confidence to practice midwifery: Preceptor influence on student self-efficacy". *J Midwifery Womens Health*, 53(5): 413-420.
 30. Seven, M.A., Engin, A.O. (2008). "Öğrenmeyi etkileyen faktörler". *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(2): 189-212.

BİR ERKEK ÖĞRENCİNİN DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ KLİNİK UYGULAMALARI SIRASINDAKİ MESLEK ALGISI VE DENEYİMLERİ

PROFESSIONAL PERCEPTIONS AND EXPERIENCES OF MALE STUDENT IN CLINICAL PRACTICES OF LABOR, WOMEN HEALTH AND DISEASES NURSING COURSE

Mehtap UZUN AKSOY¹, Esra ARSLAN GÜRCÜOĞLU², Aysel TÜFEKÇİ AKCAN³

ÖZET

Hemşirelik, bireyi tüm boyutları ile bir bütün olarak ele alan bir sağlık disiplini. Hemşirelik mesleği 2007 yılında meslek yasasının değişmesiyle birlikte erkeklerin de çalıştığı bir meslek haline gelmiştir. Yüzyıllardır yalnızca kadın hemşire profiline alışkın hastalar erkek hemşireler ile birlikte bir kabullenme sürecine girmiştir. Erkek hemşireler bu kabullenilme sürecine hemşirelik eğitimleri sırasında entegre olmaktadır. Bu çalışmada hemşirelik mesleğinin bir erkek hemşirelik öğrencisi tarafından nasıl algılandığını, öğrencinin bu mesleği seçim sürecini ve bir erkek hemşire olarak kadın doğum dersi klinik uygulamaları sırasındaki deneyimlerini anlamak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma, temel nitel araştırma deseninde yapılmış ve verilerin toplanmasında görüşme ve gözlem teknikleri kullanılmıştır. Bulgular, “Hemşirelik Meslek Algısı” ve “Öğrencinin Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Dersi Ve Klinik Uygulama Deneyimleri” olmak üzere iki ana başlıkta sunulmuştur. Araştırma sonucunda, erkek öğrencinin hemşirelik mesleğini isteyerek seçmediği, öğrenciliği sırasında kadın-doğum servislerinde cinsiyetinden dolayı sıkıntı yaşadığı ve mezuniyet sonrası bu servislerde çalışmayı tercih etme eğiliminde olmadığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Erkek, Hemşire, Öğrenci, Hemşirelik.

ABSTRACT

Nursing is a health discipline that treats the individual as a whole with all its dimensions. The nursing profession has become a profession that men also work with the changing of the professional law in 2007. Patients who are familiar with female nursing profiles for centuries has entered into an acceptance process with male nurses. Male nurses are integrated during this admission process during nursing education. In this research, it was conducted to understand how the nursing profession was perceived by a male nursing student, nursing career election process of student, and experiences as a male nurse student during the clinical practices of labor, women health and diseases nursing course. The research was conducted in a basic qualitative research design and interviewing and observation techniques were used to collect data. Results have been presented in two main titles which were ‘Perception of nursing profession’ and ‘ Student’s experiences of clinical practices and labor, women health and diseases nursing course’. As a result of the research, it was determined that the male student did not voluntarily choose the nursing profession, had difficulty because of gender in the maternity services during his education, and did not tend to prefer to work in maternity services after graduation.

Keywords: Nurses, Male, Student, Nursing.

*Bu çalışma, 8-10 Haziran 2015 2. Uluslararası Avrasya Eğitim Araştırmaları Kongresi’nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

¹Arş. Gör. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

²Arş. Gör. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

³Yrd. Doç. Dr. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Okul Öncesi Eğitimi Bölümü

GİRİŞ VE AMAÇ

Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesi ve bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir¹. Geçmişten günümüze hemşirelik mesleği kadının şefkat ve fedakârlık özellikleriyle bağdaştırılmıştır.² Türkiye’de hemşirelik yasasının 2007 yılında değişmesiyle birlikte hemşirelik erkeklerin de hizmet verebileceği bir meslek haline gelmiştir.³⁻⁶

Toplumun sosyal yapısı bir yandan hemşirelerin tutumlarını, hemşirelik uygulamalarını ve toplumun hemşireliğe karşı tutumlarını biçimlendirirken bir yandan da mesleği seçenleri etkiler. Bu nedenle hemşirelik eğitimine yeni başlayan öğrenciler, toplumun hemşireliğe bakış açısını okula yansıtabilirler.⁷ Hemşirelik mesleğinin toplumdaki imajı meslek üyelerini ve meslek adaylarını olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir.⁸ Sis Çelik ve arkadaşlarının hemşirelik mesleğinin toplumdaki imajının belirlenmesine yönelik yaptığı çalışmada, hemşirelik mesleğinin toplumdaki imajının orta düzeyde olumlu olduğu belirlenmiştir.⁹ Mesleğe ilişkin olumlu bir görüş ve tutuma sahip olmak bireysel başarıda önemli olduğu kadar mesleğin gelişimi açısından da önemlidir.¹⁰

Kanada’da hemşirelik öğrencileri ile yapılan fenomenolojik bir çalışmada hemşirelik eğitiminin yüksek düzeyde cinsiyete özgü farklılaştığı ve kadına özgünlüğün baskın olduğu, bu okullarda erkek öğrenci olmanın hemşirelik eğitimi kültürünü etkilediği saptanmıştır.¹¹ Türkiye’de yapılan bir çalışmada, erkek öğrencilerin %4,5’inin hemşireler ile “güvensizlik” sorunu yaşadıkları ve “kadın doğum bölümünde uygulama yapmaktan çok rahatsız oldukları ve %6,0’sının hastanedeki klinik uygulamalarda “kadın hastaların erkek

öğrenciden bakım almak istememesi” nedeniyle sorun yaşadıkları belirtilmiştir.¹²

Türkiye’deki bir çalışmada erkek öğrencilerin büyük çoğunluğunun hemşirelik mesleğini sevmediği, buna karşın mezun olduktan sonra iş bulabilecekleri düşüncesiyle hemşirelik mesleğini tercih ettikleri belirtilmiştir.¹³ Diğer bir çalışmada erkek öğrencilerin tekrar üniversiteye girme olanakları olsa %70,5’inin hemşirelik bölümünü tercih etmeyecekleri, %54,3’ünün mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmak istemedikleri, %72,9’unun hemşire yerine sağlık memuru unvanının kullanılmasını istedikleri, erkeklerin hemşireliği kadın mesleği olarak gördükleri ve mesleğin içerisinde yer almada çekingen kaldıkları belirtilmiştir.³

Yapılan çalışmalarda katılımcılar erkek hemşirelerin kadın doğum kliniklerinde çalışamayacakları yönünde görüş belirtmişlerdir.^{14,15} Türkiye’deki bir çalışmada hastaların çoğu erkek hemşireden bakım alırken, utanma-sıkılma ve iletişim kurmada güçlük yaşanabileceğini belirtmişlerdir.¹⁶ Kadın doğum servislerinde yatmakta olan hastalarla yapılan bir çalışmada ise hastaların erkek hemşirelerden bakım almaktan rahatsızlık duydukları, hemşireliği kadın mesleği olarak gördükleri ve erkek hemşirelerin kadın doğum servisleri dışında erkek hastaların çok olduğu servislerde görev almalarının daha iyi olacağını düşündükleri belirtilmiştir.¹⁷ Diğer bir çalışmada kadın doğum servislerinde yatan hastaların çoğunun erkek hemşireler hakkında olumsuz düşünceye sahip olduğu ve bakım almada kadın hemşireyi tercih ettikleri belirlenmiştir.¹⁸

Bu çalışma, hemşirelik mesleğinin bir erkek hemşirelik öğrencisi tarafından nasıl algılandığını, öğrencinin bu mesleği seçim sürecini ve bir öğrencinin kadın doğum dersi klinik uygulamaları sırasındaki deneyimlerini anlamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

MATERYAL VE METOT

Araştırmamızda nitel araştırma türlerinden olan temel nitel araştırma deseni kullanılmıştır. Temel nitel araştırma, insanların yaşamlarını nasıl yorumladığı, dünyalarını nasıl inşa ettikleri ve deneyimlerine ne anlam kattıklarıyla ilgilenen bir araştırma türüdür.¹⁹ Merriam'a göre eğitim, yönetim, sağlık, sosyal hizmetler, danışma, ticaret ve bunun gibi uygulamalı alanlarda en yaygın nitel araştırma türü "temel ve yorumlayıcı" çalışmadır.¹⁹ Bu çalışma deseninde amaç insanların hayatlarını ve deneyimlerini nasıl kavradıklarını anlamaktır.¹⁹

Bu çalışma 2014-2015 öğretim yılı güz döneminde Ankara'da bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde yapılmıştır. Araştırmada uygun örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Uygun örnekleme yöntemi zamana, paraya, yere ve konumun kullanılabilirliğine ya da cevaplayanlara dayalı seçilebilen bir örnekleme yöntemidir.¹⁹ Bu örnekleme yöntemine göre sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümü 3. sınıfta okuyan ve güz döneminde Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Dersi alan ve sorulara en doğru cevapların alınacağı düşünülen, iletişime açık, çalışmaya katılmakta istekli, klinik uygulama sırasında başarısı yüksek olan, 20 yaşında bir erkek öğrenci belirlenmiştir. Kimlik bilgilerinin gizliliğini sağlamak amacıyla bu çalışmada katılımcıya Ahmet takma adı verilmiştir. Üniversite yerleştirmelerinde hemşirelik bölümünü sekizinci sırada tercih etmiş olan Ahmet, konuşkan, birlikte çalışmaya yatkın, sınıf başarısı orta düzeyde ve uygulama alanında gayretli bir öğrencidir. Ahmet, Karadeniz Bölgesi'nin bir ilçesinde doğmuş ve yetişmiştir. Ahmet'in annesi ev hanımı, babası devlet memurudur. Ahmet'in Türkiye'de bir üniversitenin tıp fakültesinde öğrenci olan ikiz erkek kardeşi vardır. Anne, baba ve erkek kardeşiyle birlikte yaşayan Ahmet, ailesini "kendi halinde bir aile" olarak tanımlamıştır. Ahmet, ailesinde kararların konuşularak, demokratik bir şekilde alındığını, ancak; baba otoritesinin

daha baskın olduğunu belirtmiştir. Yeni yerler keşfetmek, yeni insanlarla tanışmak, hayata ait önemli bilgiler öğrenmekten keyif aldığını belirten Ahmet, ders çalışmayı sevmeyen bir yapısı olduğunu, ancak uygulamalı bilimlere yatkın olduğunu dile getirmiştir.

Araştırmanın verilerinin toplanmasında gözlem ve görüşme teknikleri kullanılmıştır. Araştırmada veri toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucu yarı yapılandırılmış bir görüşme formu hazırlanmıştır.^{3,5,7-18} Görüşme formunda şu sorular yer almaktadır:

- ✓ Erkek olarak hemşirelik mesleğini seçmenizin nedenleri nelerdir?
- ✓ Hemşirelik sizin için ne ifade ediyor?
- ✓ Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersini almak sizi rahatsız ediyor mu?
- ✓ Bu dersin klinik uygulama eğitimi sırasında sizi mutlu eden/rahatsız eden durumlar oldu mu?
- ✓ Dersin klinik uygulama eğitimi sırasında kapsamında yaşadığınız iyi/kötü deneyimler var mı?
- ✓ Mezun olduktan sonra herhangi bir hastanenin bir obstetri servisinde çalışmak ister miydiniz?

Araştırmaya başlamadan önce veri toplama araçlarının kapsam geçerliliğinin sağlanması amacıyla görüşme formundaki sorular nitel araştırma konusunda uzman bir öğretim üyesi tarafından kontrol edilmiştir. Alınan geri bildirimler dikkate alınmış ve görüşme soruları uzman görüşü doğrultusunda düzenlenmiştir. Araştırmanın güvenilirliğinin sağlanmasında yine aynı uzman tarafından uzman incelemesi yapılmıştır. Gözlem ve görüşmeler öncesinde araştırmanın yapılacağı kurum ve Ahmet araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve sözlü onamları alınmıştır.

Gözlemler, Ahmet'in klinik uygulama sırasında hastanede bulunan eğitim sorumlusu araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Görüşmeler sırasında her iki araştırmacı birlikte yer almıştır. Görüşmeler Ahmet'in programına uygun olan ve

öncesinde belirlenen bir saatte, üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümünde araştırma görevlilerinin odasında kimsenin bulunmadığı bir zamanda gerçekleştirilmiştir. Araştırma süresince haftada bir kez olmak üzere toplam üç görüşme yapılmıştır. Bu görüşmelerin her biri 30’ar dakika sürmüş ve katılımcının bilgisi dâhilinde ses kayıt cihazı kullanılarak kaydedilmiştir. Gözlemler öğrencilerin Ankara’da bir üniversite hastanesinin jinekoloji ve obstetri servislerindeki Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları dersi klinik uygulamasına çıktıkları süre zarfında 08:00-16:00 saatleri arasında yapılmıştır. Ahmet’e toplamda üç uygulama günü gözlem yapılmıştır.

Klinik uygulama sırasında yapılan gözlemlerde Ahmet’in ses tonu, jest ve mimikleri, yaşadığı durumlara karşı verdiği tepkiler ve çözüm arayışları gözlemlenmiştir.

Görüşme ve gözlem yoluyla elde edilen veriler nitel veri analizi yöntemlerinden biri olan betimsel analiz yöntemi kullanılarak yapılmıştır.²⁰ Betimsel analiz için öncelikle araştırma soruları, araştırmanın kavramsal çerçevesinden yola çıkılarak bir kavramsal çerçeve belirlenmektedir.²⁰ Bu çerçeveye verilerin hangi tema altında düzenleneceği

belirlenmektedir.²⁰ Oluşturulan çerçeveye göre, elde edilen veriler okunmakta, sınıflandırılmakta ve anlamlı bir biçimde bir araya getirilmektedir.²⁰ Sonuçlar yazılırken bireyin ifadelerinden alıntılar yapılmaktadır.²⁰ Bununla birlikte, düzenlenmiş veriler gerekli yerlerde doğrudan alıntılarla desteklenmekte, bulgular yorumlanmakta ve bulgular arasındaki neden-sonuç ilişkileri açıklanmaktadır.²⁰

Çalışmada veriler, verileri toplayan her iki araştırmacı tarafından okunmuş ve birlikte analiz edilmiştir. Verilerin analizi sırasında öncelikle veriler kodlanmış, sonrasında elde edilen kodlar ortak temalar altında toplanarak veriler betimlenmiş ve temalar oluşturulmuştur. Temaları oluşturma sürecinde uzman görüşü alınmış ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Bunun sonucunda, “Hemşirelik Meslek Algısı”, “Öğrencinin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Dersi ve Klinik Uygulama Deneyimleri” olmak üzere iki ana tema belirlenmiştir.

Araştırmanın tek bir erkek öğrenciyle yapılmış olması ve nitel araştırmalarda araştırma sonuçlarının evrene genellenemez olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Gözlem ve görüşme verilerinin analizi sonucunda elde edilen bulgular, “Hemşirelik Meslek Algısı” ve “Öğrencinin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Dersi ve Klinik Uygulama Deneyimleri” tema başlıkları altında sunulmuştur.

Hemşirelik meslek algısı

Ahmet’e onun için hemşireliğin ne anlam ifade ettiği sorulduğunda, hemşireliği tam olarak tanımlayamadığını ve her dönem yeni bir şey öğrendiğini dile getirdiği görülmüştür. Bununla birlikte, hemşirelik eğitimine başlayan öğrencilerin eğitimleri sırasında, hemşireliğe ilişkin başlangıçtaki algıları gerçek hemşirelik anlayışı ile yer değiştirmektedir.²¹ Bu süreçte alınan

mesleki dersler öğrencilerin mesleği tanımalarına ve anlamalarına yardımcı olmaktadır.⁷ Çalışmada yapılan analiz sonucunda katılımcının söylemleriyle alan yazınının örtüştüğü görülmüştür.

Hemşireliği halen tam anlamıyla öğrenmedim, oldum diyebilmem için bir sene daha geçmesi lazım. Herkes öyle diyor: “mezun ol çalışmaya başla, nöbet tut, hemşireliğin anlamını öyle anlarsın” diyorlar. Ama hemşirelik genelde hasta bakımı; hastaya bakıp sağlıklı seviyeye getirmek, sağlığını yükseltmek ve korumak. Her dönem özel dal dersi görüyoruz. Bir sürü anabilim dalı var. Şimdiye kadar en ilginç gelen cerrahi oldu...

Ahmet'in hemşirelik mesleğine ilişkin herhangi bir ön bilgisi bulunmazken, öğrenci seçme ve yerleştirme sınavı puanının istediği bölümün puanından düşük olması ve kolay iş bulabileceğini düşünmesi nedeniyle hemşirelik mesleğini seçtiği anlaşılmıştır.

ÖSS puanım düşük geldi. Babam lise son sınıfta bana "çok çalış" dedi. Çalışmak istemedim. Çalışmayınca girdik, sınavdan da düşük aldık. Tekrar girmek istemedim sınava. İkizim var o tıp kazandı, çok ders çalışırdı. Farklıyız biz ikimiz. İşte, bir sene daha üniversite sınavına girmedim ya çok şükür. Baştan olmaz dedim ama sonra kendi kendime niye olmasın dedim. Yani öyle işte. Sonuç olarak buradayız. Ha bide iş garantili bir meslek olduğu için tabi...

İnsan hayatının en önemli dönüm noktalarından birisi olan meslek seçimi, insanın yaşam biçiminin de belirlenmesi anlamına gelmektedir.^{22,23} Bununla birlikte, meslek, bireyin kimliğinin en önemli kaynağı olup, onun etraftan saygı görmesine, çevresiyle olan ilişkilerine, toplumda bir yer sahibi olmasına ve işe yarama duygusunu yaşamasına olanak vermektedir.²⁴ Bireyin sahip olduğu özellikler, beceriler, gelecek planları, çevresiyle iletişimi, okul başarısı, çalışma alışkanlıkları, iş tecrübeleri, aile ve toplumun bireyden beklentileri, iş bulma olanağı, mesleğin geleceği, güncel ve popüler olması kişinin meslek seçimini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır.²⁵ Çalışmada, Ahmet'e hemşirelik mesleğini seçmesinin ailesi ve yakın çevresi tarafından nasıl değerlendirildiği sorulduğunda çok olumlu değerlendirilmediğini, yalnızca iş garantisi olduğu ve üniversiteye girebilme adına olumlu bakıldığını ifade etmiştir.

Hocam, babam "daha iyisini olabilirdin, çalışmadın hiç" diyor. Ama yine de diyor ki "Allah'tan rahat iş bulabilirsin. Sağlık sektöründe garanti bir iş ve maaş var." ... Annem garip karşıladı, aynı toplum gibi: "Erkekten nasıl hemşire olacak bilmiyorum ama..." deyip duruyor. Amca, teyze, akraba ne dedi diye sorarsanız onlar ne olacaksınız diye sordu ben hemşire dedim arkasından bir "neeee!" sesi yükseldi hepsinden. Sonra bozuntuya vermemek için "olsuunnn

(olsuunnn:olsun), o da olur napcan (napcan:ne yapacaksın)? dışarda kalmaktan iyidir, seneye girersen onu da kazanamazsın maazallah, iyi olmuş, kapağı attın ya bir yere, mezun olmaya bak oğlum sen" dediler (bunu anlatırken gülmekten katılacak derecede çok gülüyordu). Sonuçta herkes garip karşıladı.

Bu ifadelerden de anlaşıldığı üzere toplumsal cinsiyetin Ahmet'in hayatını önemli ölçüde etkilediği görülmektedir. Toplumun hemşirelik mesleğini yalnızca kadın mesleği olarak algılaması nedeniyle Ahmet'in hemşirelik mesleğini seçmesini yadırgamalarına rağmen işsiz kalmasından daha iyi bir seçim olarak nitelendirmişlerdir. Ahmet hemşirelik mesleğini tekrar üniversite sınavına girmemek ve mezuniyet sonrası iş bulma kolaylığı nedeniyle seçmiştir. Kız arkadaşının hemşire olmasını neden göstererek Ahmet'ten ayrılması, anne ve babasının bu mesleği seçmesi hakkındaki görüşlerini ifade ederken Ahmet'in bu durumdan rahatsız olduğu gözlemlenmiştir. Çalışma bulguları ile paralel olarak, Yılmaz ve Karadağ'ın (2011) çalışmasında, erkek öğrencilerin %60,2'sinin hemşirelik bölümünü mezuniyet sonrasında iş bulmanın kolay olması nedeniyle, Özpancar, Aydın ve Akansel (2008) tarafından yapılan çalışmada ise öğrencilerin %53,0'u iş bulma güvencesi, %15,3'ü üniversite sınavı puanı uygun olduğu için bu mesleği tercih ettikleri saptanmıştır.^{26,27}

Tüm meslekler gibi hemşirelik mesleği de, hizmet verdiği toplumun mesleği algılayışından önemli ölçüde etkilenmektedir.^{7,28} Buna bağlı olarak, hemşirelik mesleğini seçen öğrenciler toplumun hemşireliğe bakışından etkilenmiş olarak eğitime başlarlar.^{7,8} Çalışma ile benzer nitelikte, ülkemizde yapılan çalışmalarda öğrencilerin hemşirelik mesleğini seçerken daha çok "kolay iş bulma", "üniversiteye girebilme" gibi kaygılarla hareket ettikleri, genellikle hemşirelik mesleğine özel bir arzuları olmadığı belirlenmiştir.²⁹⁻³⁴

Ahmet'le yapılan görüşmeler sırasında hemşire olmaktan mutlu olup olmadığı sorulduğunda, genel olarak hemşire olduğu

için mutlu olduğunu ifade etmesine karşın aslında mesleği algılayış biçiminde eksiklikler olduğu ve farklı bir mesleğinin olmasını da istediği anlaşılmıştır.

Mutluyum, okul bitecek neredeyse. Arkadaşlar falan iyi gidiyor. Bizi hemşire olarak görmüyorlar. Asistan doktor sanıyorlar. Şimdilik sorun yok. Çalışmaya başlayınca gece nöbet tutarım gündüzler benim. Bir de iş bulma sorunu da yok, daha ne isteyeyim. Ama daha iyi bir işim olsun isterdim. Kardeşim gibi bende tıp okuyabilirdim mesela...

Meslek seçimi, bireyin yaşamında çok önemli bir dönüm noktasıdır. Meslek seçerken birey, kendine belli bir çalışma, yaşam biçimi de seçmektedir.^{22,23} Birey; yetenek, ilgi ve istekleri doğrultusunda seçtiği alanda başarılı, verimli ve mutlu olmakta, rastgele seçim yaptığında ise başarısız, verimsiz ve mutsuz olmaktadır.²³ Çalışmada literatürle benzer şekilde Ahmet'in hemşirelik mesleğini isteyerek ve bilinçli bir şekilde seçmemesi nedeniyle bu durumdan çok da mutlu olmadığı anlaşılmaktadır. Ahmet'in olmak istediği doktorluğun, toplum içinde prestijli ve geliri yüksek bir meslek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Doğum, kadın sağlığı ve hastalıkları dersi ve klinik uygulama deneyimleri

Çalışmamızda, Ahmet'e erkek öğrenci olarak doğum, kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersini almanın kendisini rahatsız edip etmediği sorulduğunda, Ahmet bu soruya biraz çekinerek cevap vermiştir. Klinik uygulamada her fırsatta, kadın hastaların kendisinden çekindiğini ve bu nedenle onlara bakım vermede çekimser kaldığını, uygulama yapamadığını dile getirmiştir. Klinik uygulama eğitimi sırasında yapılan gözlemlerde Ahmet'in uygulama yapmakta gayretli olduğu, ancak; kadın hastaların Ahmet'le iletişime girmekten kaçındığı, Ahmet hasta odasında kadınların bebeğini emzirmek istemeyişi, hastalara eğitim ve danışmanlık vermede istekli oluşu ancak hastaların bu isteği geri çevirdiği, gözlemlenmiştir. Bunlar karşısında Ahmet'in klinik uygulama

sırasında çekingen tavırlar sergilemeye başladığı görülmüştür. Ahmet'in hasta odalarına olabildiğince az girdiği, tedaviye katılmaktan kaçındığı ve hasta odasına girdiği zamanlarda uygulamasını hızla yaparak telaş içerisinde hasta odasından çıktığı görülmüştür. Hasta odasına girdiğinde ise Ahmet hastadan çok işine odaklanmakta olduğu, çoğu zaman hastalarla göz teması kurmadan ve fazla konuşmadan hasta odasından ayrıldığı gözlemlenmiştir. Gözlemlenen bu durumlarla örtüşür şekilde, Ahmet'in görüşmeler sırasındaki ifadelerinden de bu dersin klinik uygulamasında diğer derslerin klinik uygulamalarında olduğu gibi rahat olmadığını ve cinsiyeti nedeniyle hastalar tarafından sessiz tepki gördüğünü, bakım verirken engellendiğini ifade etmiştir.

Aslında esaslar, dâhiliye, cerrahiden çok farklı. Bi (bi:bir) kere toplumun gerçeği var. Ne kadar toplumsal cinsiyet desek de biliyoruz yani kadınlar da erkeklerin onların mahremini görmesini istemiyor tıbbi amaçlı olsa bile. Kendimi onların yerine koyuyorum, "bebek emzirirken, jinekolojik muayene masasında beni görmesini ister miydin? Karşı cinsten birisinin görmesini isteyeceğimi sanmıyorum (gözlerini açıyor)". Kızlar bu derste bize göre daha avantajlı. Onlar kabul görüyor çünkü hemcinsler... Biz kadın, erkek, ırk, dil, din, cinsiyet ayrımı yapmıyoruz ama halk böyle değil. Herkesin nasıl yetiştiğini biliyoruz. Kadınlar istemiyor. O nedenle zor oldu bu dersin uygulaması. Bazen sıgacak yer bulamadım klinikte. Çünkü zaten erkek yok katta. Güvenlik bile kadın. Tedavide, bakımda ve doğumhanede kendimi yabancı hissettim ama az kaldı uygulamanın bitmesine...

Ahmet'in ifadeleriyle benzer olarak, yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %9,37'si, erkek öğrencilerin zorlanmayacağı bir eğitim verilmesi gerektiği, uygulamalarda erkek hemşirenin görevlerinin ayrı olması gerektiği ve mahremiyet gerektiren uygulamalarda erkek öğrencilere görev verilmemesi gerektiği önerilmiştir.¹²

Çalışmada, Ahmet'e bu dersin uygulamasını diğer derslerin klinik

uygulamaları ile karşılaştırdığında ve kadın doğum klinik uygulaması deneyimlerini nasıl değerlendirdiği sorulduğunda, deneyimlerin rahatsızlık verici yönde olduğunu ifade etmiştir. Görüşme sırasında Ahmet'in deneyimlerinden bahsederken yüzünün, ellerinin ve kollarının hareketli, sesinin hafif kısık olduğu ve göz teması kurmaktan kaçındığı gözlemlenmiştir.

Diğer derslerin stajlarındaki hastalar erkek-kadın karışıktı. Her yaştan ve her iki cinsten hasta vardı. Hastaların çoğunluğundan herhangi fazla tepki almazken, kadın doğum dersi stajında birçok olumsuzlukla karşılaştım. Bu derste hem hasta hem hasta yakınlarından hem de hemşire ve doktorlardan tepkiler gördüm. Doktorlar ve hastalar muayenelerinde beni istemedi. Kanama kontrolü, emzirme ve aile planlaması gibi konuları bırakın, basit her hastaya uyguladığım bir takım ilaçları bile uygulamak istemeyen kadın hastalar oldu. Mesela yaşlı kanser hastası kadınların cinsel organlarındaki belirti ve bulguları, cinsellik ve menopozla ilgili yaşadıkları sıkıntıları sorguladığımda cevap vermekten kaçınıyor, lafi geçiştirmeye çalışıyorlardı... Birde hastaların hepsinin kadın olması farklıydı ve zordu bana göre. Diğer derslerin stajında kendimi daha rahat hissediyordum. Bu dersin stajındaysa hareketlerimi, davranışlarımı ve tepkilerimi birkaç kez süzgeçten geçiriyordum. Çünkü daha çok düşünerek daha az tepki almalıydım yani insanların, herkesin tepkisinden çekiniyordum rahat değildim...

Taşçı'nın (2007) yaptığı çalışmada kadın doğum servislerinde yatmakta olan hastaların erkek hemşirelerden bakım almaktan rahatsızlık duydukları, hemşireliği kadın mesleği olarak gördükleri ve erkek hemşirelerin kadın doğum servisleri dışında erkek hastaların çok olduğu servislerde görev almalarının daha iyi olacağını düşündükleri belirtmiştir.¹⁷ Sis ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde kadın doğum servislerinde yatmakta olan hastaların %44,7'sinin kadın hemşireden bakım almak istediği ve %52,5'inin erkek hemşirenin kendisine bakım vermesinden rahatsız olacağı

belirtmiştir.¹⁸ Hastaların %57,7'si doğumhanede, %57,0'si kadın doğum servislerinde erkek hemşirelerin çalışmaması gerektiği yönünde görüş bildirmiştir.¹⁸ Buna karşın, başka bir çalışmada hastaların %18,8'i kadın doğum kliniğinde erkek hemşirelerin görev alabileceklerini belirtmişlerdir.¹³ Ahmet'in ifadeleri bu sonuçları destekler niteliktedir.

Çalışmada Ahmet'in bazı durumlarda hastalardan aldığı tepkinin öğrenci olduğundan mı yoksa erkek olmasından mı kaynaklandığı sorgulanmış ve çoğunlukla bunun cinsiyetinden kaynaklandığı cevabı alınmıştır.

Cinsiyetimden dolayı bazı hastalar tarafından olumsuz tepkilerle karşılaşıyorum. Hastaları kontrole gittiğimde mesela yeni doğum yapmış kadının kanamasını kontrol etmek istediğimde hasta tarafından başka bir hemşire isteniyor. Öğrenci olduğumdan mı yoksa cinsiyetimin erkek olmasından dolayı mı? diye düşünüyordum. Ama odaya başka bir kız hemşire arkadaşım girmişti. Hastanın ona karşı yaklaşımı çok farklı olmuştu. Bunun öğrencilikle alakalı olmadığını anladım tabi. Tamamen erkek hemşire olduğumla ilgiliydi...

Çalışmanın bulgularıyla benzer şekilde, Tezel ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, hastaların çoğunun erkek hemşireden bakım alırken utanma, sıkılma ve iletişim kurmada güçlük yaşanabileceğini belirttikleri saptanmıştır.¹⁶ Ünver, Diri ve Ercan'ın (2010) çalışmasında erkek hemşireden hizmet almış olup çekingenlik hissi yaşamış olan kadınların oranı %40,4, iletişimde güçlük yaşamış olan kadınların oranı ise %21,4'tür.³⁵ Bu sonuçlarla paralel olarak başka bir çalışmada ise bireylerin %16,6'sı erkek hemşirenin bakım vermesinden utanacağını, %15,9'u çekineceğini, %15,4'ü şaşıracağını ifade etmiştir.³⁶ Yine başka bir çalışmada, erkek hemşirelerin kendisine bakım vermesinden eşinin ya da yakınlarının rahatsız olacağını düşünen kadın hastaların oranı ise %62,4 olarak bildirilmiştir.¹⁷

Ahmet'e bu sorunu doğum kadın sağlığı ve hastalıkları dersi klinik uygulamaları eğitimi boyunca hangi sıklıkla yaşadığı

sorulduğunda, çok sık yaşadığını ve çeşitli kliniklerde karşılaştığını ifade etmiştir. Ayrıca hastane yönetimlerinin de bu durumu yönetmede destekleyici olmadığından yakınmıştır.

Bu durumu çok sık yaşıyorum. Özellikle doğumhane, postpartum kliniği ve polikliniklerde olumsuz tepkilere maruz kalıyorum. Mesela doğuma girerken hastayı içeri aldığımızda, hasta benim ve diğer erkek arkadaşlarımda içeride kalmasına çoğu zaman müsaade etmiyor. Hastanın doğum sırasında kendini rahat hissetmesini sağlamak için herhangi bi (bi:bir) sıkıntı oluşmasını diye tepki vermeden oradan ayrılıyorum. Bu durumu düzeltmek için bazı hemşireler hastaya açıklamada bulunuyorlar. Bu da her zaman işe yaramıyor. Genellikle eğitim ve araştırma hastanelerinde staja çıkmamıza rağmen bazı hastane yönetimleri de bize engel oluyor. Örneğin polikliniklerde erkek hemşireler ve erkek öğrenci hemşireler çalıştırılmıyor. Muayene sırasında doktorlara asiste edip tetkikleri izleme şansı verilmiyor...

Çalışmada, Ahmet yaşadığı diğer deneyimleri ifade ettiğinde onu mutlu eden durumların da olduğu ve kendisini çok etkilediği, bunları anlatırken gülümsediği gözlemlenmiştir.

Anneye bebeğini nasıl emzirmesi gerektiğini öğretmek ve sonrasında takdir edilmek çok keyif verici bir duygu. Bir de bebekler ağlarken onları alıp gazını çıkarttığımda keyifli bir şekilde rahatlayıp uyduklarını görmek beni ve anneleri çok mutlu ediyordu. Aynı zamanda taburculuk

eğitimlerinde istedikleri soruya cevap alıp bilgilendiklerinde memnun oluyorlar bu da beni tatmin ediyordu. Yine riskli gebelik kliniğinde annelerin korku ve endişeleriyle karşılaştım. Gebelikleri riskliydi. Anneler kendi sağlıklarından çok bebeklerinin merak ediyorlardı. Bebeklerinin kalp atımlarını dinlediğimde, durumlarının normal olduğunu söylediğimde annelerin nasıl rahatladıklarını anlatamam...

Ahmet'e mezuniyetten sonra bir hastanenin obstetri servisinde çalışmak isteyip istemediği sorulduğunda hiç düşünmeden çalışmak istemediğini söylemiş ve şöyle ifade etmiştir;

Hayır, çünkü bahsettiğim gibi birçok sıkıntı yaşadım ve toplumumuzun erkek hemşireyi kabullenmesi zor ve zaman gerektiriyor. Diğer kliniklerde çalışmanın benim için daha kolay olduğunu düşünüyorum. Kolay derken psikolojik açıdan daha çok yani. Her ne kadar zevk aldığım zamanlar olsa da, obstetri kliniğinde çalışmam...

Ahmet'in düşüncesiyle benzer nitelikte, Göz ve Erkan (2006) tarafından yapılan çalışmada öğrencilerin %66,7'sinin hastanenin acil servisinde, %46,8'inin sağlık ocaklarında ve %38,4'ünün hemşirelik/sağlık memurluğu eğitimi alanında çalışmak istedikleri, öğrencilerin daha çok küçük cerrahi müdahaleler (%60,6), pansuman (%59,7), kan alma (%56,9) ve laboratuvar işlemleri (%41,7) gibi teknik işleri yapmayı tercih ettikleri saptanmıştır.³⁷

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersini alan bir erkek öğrencinin meslek algısı ve klinik uygulama deneyimlerinin ortaya konması amaçlanmıştır. Bulgular, katılımcının hemşirelik mesleğini isteyerek ve bilinçli bir şekilde seçmediğini, hemşirelik mesleğini seçmesinin çevresi tarafından garip karşılandığını göstermektedir. Ayrıca katılımcının, klinik uygulamasında kendisine mutluluk veren bazı deneyimler

edinmesine rağmen, erkek olmasından dolayı bazı sorunlar yaşadığı ve mezuniyet sonrasında obstetri/jinekoloji servisinde çalışmak istemediği görülmüştür.

2007 yılında Hemşirelik yasasında yapılan değişiklikle birlikte hemşirelik mesleği yalnızca kadın mesleği olmaktan çıkmış, erkeklerin de icra edebileceği bir meslek haline gelmiştir. Erkek hemşirelerin toplumca kabulünün sağlanmasına yönelik televizyon programları yapılmalı, Sağlık

Bakanlığı'nın projelerinde erkek hemşireler yer almalı, sosyal medyada da hemşirelik mesleğinde erkeklerin yer aldığıyla ilgili haberler paylaşılmalıdır. Hemşireliğin yalnızca kadın mesleği olmadığı, hem erkek hem kadınların özgürce seçebileceği bir meslek olduğunun her fırsatta yetkililer ve organizasyonlar tarafından vurgulanması gerekmektedir.

Hemşirelik mesleğinin yemininde din, dil, ırk, cinsiyet, etnik köken ayrımı yapılmaksızın bireylere bakım vermek yer almaktadır. Bu nedenle hastalara bakım veren bireyin cinsiyeti önemli değildir. Bu durumun toplumda da kabul edilmesi gerekmektedir. Buna yönelik hemşirelik mesleğinde profesyonelliğe önem verilmelidir. Hastalara bakım veren hemşirelerin, mesleğin gereği olan bilimi ve sanatı ustaca kullanmaları gerekmektedir. Bireye cinsiyet farklılığını hissettirmeden gerekli açıklamayı yaparak uygun şekilde

bakım verilerek bireylerin ön yargıları kırılmaya çalışılmalıdır.

Günümüzde üniversitelerin hemşirelik bölümlerinde erkek öğrenci sayıları kız öğrenci sayılarından azdır. Hemşirelik bölümlerinde erkek öğrenci sayılarının artırılması toplumda erkek hemşire sayısının artmasını sağlayacak bu da erkek hemşirelerin kabul sürecini hızlandıracaktır.

Hemşirelik mesleğinin erkek öğrenciler tarafından isteyerek ve bilinçli bir şekilde seçilmesini sağlamaya yönelik olarak, üniversite sınavlarından önce okullarda ya da dershanelerde meslek seçimi hakkında bilgi verilmeli ve üniversitelere tanıtım gezileri düzenlenmelidir. Bununla birlikte, hemşirelik bölümlerinin üniversite tanıtımlarında bölümlerini geniş kapsamlı tanıtımları, eğitim programlarını ifade etmeleri, bölümü seçen öğrencilerden beklenenler ve bölümün öğrencilere verecekleri net bir şekilde ortaya konmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Türk Hemşireler Derneği.
<http://turkhemsirelerderneği.org.tr/anasayfa-icerik/saglik-sen-genel-merkezi.aspx> Erişim Tarihi: 23.01.2017
2. Kızgüt, S., ve Ergöl, Ş. (2010). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin hemşireliği algılayışı hemşirelik rollerine ve hemşireliğin geleceğine bakışı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 10-15.
3. Bozkır, G., Tasçı, N., Altuntaş, Ç., Arsak, A., Balgı, Ö., Kaya, E., ve ark. (2008). Genel lise son sınıf ve sağlık yüksekokulundaki erkek öğrencilerin hemşireliğe bakışı. *Üniversite ve Toplum*, 8(1),1-16.
4. Bayık, A., Erefe, İ., Özsoy, S.A., Uysal, A., Özer, M., ve Ergül, Ş. (2002). Kadın mesleği olarak hemşireliğin gelişimi. *Hemşirelik Forumu*, 5 (6), 16-25.
5. Terzioğlu, F., ve Taşkın, L. (2008). Kadının toplumsal cinsiyet rolünün liderlik davranışlarına ve hemşirelik mesleğine yansımaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (2), 62-67.
6. T.C. Sayı:26510. 02.05.2007 tarih ve 5634 nolu Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, *Resmî Gazete*.
7. Karaöz, S. (2002). Hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri sırasında mesleğe ilişkin algılarındaki değişimin incelenmesi: Hemşireliğe giriş dersinin bu değişimdeki rolü. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6 (2),10-20.
8. Khorshid, L., Eşer, İ., Çınar, Ş., Arslan, G. G. (2005). Öğrencilerin toplumdaki hemşirelik imajına ilişkin görüşleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Özel Sayı*, 21, 581-588.
9. Çelik, AS., Pasinlioğlu, T., Kocabeyoğlu, T., ve ark. (2013). Hemşirelik mesleğinin toplumdaki imajının belirlenmesi. *F.N. Hemşirelik Dergisi*, 21 (3), 147-153.
10. Eşer, İ., Khorshid, L., ve Denat, Y. (2008). Hemşirelik mesleğini algılamada ilk klinik uygulamanın etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 24(1), 15-26.
11. Dyck, J.M., Oliffe, J., Phinney, A., & Garrett, B. (2009). Nursing instructors' and male nursing students' perceptions of undergraduate, classroom nursing education. *Nurse Education Today*, 29, 649-653.
12. Demiray, A., Bayraktar, D., ve Khorshid, L. (2013). Erkek hemşirelik öğrencilerinin hemşireliği seçme nedenleri ve bu mesleği seçme nedeniyle yaşadıkları sorunlar. *International Journal of Human Sciences*, 10(1), 1440-1455.
13. Koç, Z., Bal, C., ve Sağlam, Z. (2010). Erkek Öğrenci Hemşirelerin Hemşirelik Mesleğini Algılama Durumlarının Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 318-323.
14. Kocaer, Ü., Öztıp, T., Usta, N., Gökçek, D., Bahçecik, N., Öztürk, H., ve ark. (2004). Hemşirelik mesleğinde erkek üyelerin yeri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7, 23-29.
15. Arıkan, D., Karaman, Z., Yağcı, G. (2000). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin eğitimde ve mesleki alanda erkek hemşire adaylara bakış açısı. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(1), 36-43.
16. Tezel, A., Akpınar, R.B., ve Yurttaş, A. (2008). Hastalar erkek hemşireleri kabul edecekler mi?. *Türkiye Klinikleri Nefroloji Özel Sayısı*, 16(1),13-18.
17. Taşçı, K.D. (2007). Kadın doğum servislerinde yatan hastaların erkek hemşireler hakkındaki düşünceleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 254-261.
18. Çelik, AS., Pasinlioğlu, T., Çilek, M., ve ark. A.(2012). Kadın doğum servislerinde yatan hastaların erkek hemşireler hakkındaki düşüncelerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 15 (4), 254-61.
19. Merriam S.B. (2013). *Nitel Araştırma Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber*. (S.Turan, Çev.) Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
20. Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, N.M. (2014). *Hemşirelikte Araştırma ve Etik- Süreç, Uygulama ve Kritik*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
21. Chitty, K.K. (2001). *Professional nursing: Concepts & challenges*, (Ed.) Chitty, K.K., 3.baskı, WB Saunders Company, Missouri.
22. Altun, İ. (2000). Kocaeli Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin kişisel değerleri ve meslek seçimlerine etki eden faktörler. *I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, Antalya.75-77.

23. Yanıkerem, E., Altınparmak, S., ve Karadeniz, G. (2004). Gençlerin meslek seçimini etkileyen faktörler ve benlik saygıları. *Nursing Forum Dergisi*, 7(2), 61- 62.
24. Kuzgun, Y. (2000). *Meslek danışmanlığı*. 2. Baskı, Ankara: Doğu Matbaacılık.
25. Binbaşıoğlu, C. (2004). *Türkiye'de mesleki rehberlik merkezlerinin kuruluşu ve okullarda mesleki rehberlik çalışmaları*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
26. Yılmaz, M., ve Karadağ, G. (2011). Erkek öğrenci hemşireler hemşirelik mesleğini nasıl algılıyor? *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 21-28.
27. Özpancar, N., Aydın, N., ve Akansel, N. (2008). Hemşirelik 1. sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleği ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 9-17.
28. Emiroğlu, O.N. (2000). Sağlık personelin ve toplumun hemşirelik imajı. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2(1), 9-18.
29. Dinç, S., Kaya, Ö., ve Şimşek, Z. (2007). Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin hemşirelik mesleği hakkındaki bilgi, düşünce ve beklentileri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 1-9.
30. Tan, M., Şentürk, Ö., Yuncu, S., ve Yıldız, Ö. (2007). Üniversite öğrencilerinin hemşireliğe bakış açıları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 22-29.
31. Ünlü, S., Özgür, G.L., ve Gümüş, B.A. (2008). Hemşirelik yüksekokulundaki öğrencilerin hemşirelik mesleği ve eğitimi ile ilgili görüş ve beklentileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 24(1), 43-56.
32. Beydağ, K.D., Gündüz, A., ve Özer, G.F. (2008). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin eğitimlerine ve mesleklerine bakış açıları, meslekten beklentileri. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 1(3), 137-142.
33. Ünal, S., Gürhan, N., Saral, E. ve Özbaş, A. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri ve hemşirelik mesleğini seçme nedenleri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 16(63), 179-187.
34. Şirin, A., Öztürk, R., Bezci, G., Çakar, G., ve Çoban, A. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve mesleği uygulamaya yönelik görüşleri. *Dirim Tıp Gazetesi*. 83, 69-75.
35. Ünver, S., Diri, E., ve Ercan, İ. (2010). Hemşirelik mesleğinin erkek üyelerine toplumun bakış açısı. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 18(2), 96-102.
36. Kaya, N., Turan, N., ve Öztürk, A. (2011). Türkiye'de erkek hemşire imgesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 16-30.
37. Göz, F., ve Erkan, M. (2006). Sağlık memurluğu öğrencilerinin mesleki düşünce görüş ve sorunları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2), 37-50.

SAĞLIK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN PROBIYOTİK ÜRÜNLER HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİNİN VE TÜKETİM DURUMUNUN BELİRLENMESİ

DETERMINATION OF KNOWLEDGE LEVEL AND CONSUMPTION STATUS OF HEALTH SCHOOL STUDENTS REGARDING PROBIOTIC PRODUCTS

Merve YURTTAŞ¹, Aslı YILMAZ²

ÖZET

Bu araştırma Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin probiyotik ürünler hakkında bilgi düzeyini ve tüketim durumunu belirlemek amacı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı, kesitsel tipte olan bu araştırma hemşirelik ve ebelik bölümlerinde öğrenim gören 247 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerin % 67'sine ulaşılmıştır. Veriler literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Elde edilen veriler yüzdeler, sayılar, ortalama, standart sapma ile değerlendirilmiş verilerin analizinde ki-kare testi uygulanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %86,6'sı (n:214) kız, %13,4'ü (n:33) erkektir. Öğrencilerin %61,5'i (n:152) probiyotik kavramını bildiğini, %38,5'i (n:95) ise bilmediğini ifade etmiştir. Probiyotik kavramını bildiğini ifade eden öğrencilerin % 39,5'i (n:60) probiyotiklerin içeriği, etkisi ve probiyotik kaynağı ürünler ile ilgili sorulara yanıt verirken, % 60,5'i (n:92) ilgili soruların yanıtlarını bilmediğini belirtmiştir. Öğrencilerin %71,7'si (n:43) probiyotik kaynağı ürünler ve %65'i (n:39) probiyotik tüketim sıklığı ile ilgili sorulara yanlış yanıt vermiştir. Cinsiyet (p<0,05) ve bölüme göre ($\chi^2=6,413$ p=0,011, p<0,05) probiyotik kavramını bilme arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin probiyotik ürün tüketim sıklığı %37,2 olarak tespit edilmiştir. Araştırma bulguları öğrencilerin probiyotikler hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığını göstermektedir. Bu sonuç doğrultusunda sağlık alanında faaliyet gösterecek ve halkı bilgilendirecek olan ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin bilinçlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Probiyotik, Hemşirelik, Ebelik

ABSTRACT

This study was conducted in order to determine knowledge level and consumption status of the students studying in Amasya University Health School regarding probiotic products. This descriptive, cross-sectional study was conducted with 247 students studying at nursing and midwifery departments. 67% of the students were reached. The data were collected by using questionnaire prepared in accordance with literature knowledge. The obtained data were evaluated by using percentage, numbers, mean, standard deviation and the data were analyzed by using chi-square. While 86.6% (n:214) of the students participating in the study were female, 13.4% (n:33) were male. While 61.5% (n:152) of the students stated they had knowledge about the concept of probiotics, 38.5% (n:95) did not know. While 39.5% (n:60) of students who stated they knew about the concept of probiotics answered the questions regarding content and effect of probiotics and probiotic products, 60.5% (n:92) did not know the answers of relevant questions. 71.7% (n:43) of the students asked the questions related to probiotic products and 65% (n:39) asked the questions related to frequency of probiotic consumption. It was determined that there was a significant correlation between the concept of probiotic and knowledge in terms of gender (p<0.05) and department ($\chi^2=6.413$ p=0.011, p<0.05). The questions about frequency of students probiotic consumption is determined 37.2%. The results of the study indicate that the students did not have adequate knowledge level about probiotics. In accordance with this result, it is thought to need to raise awareness of midwifery and nursing students, who would work in healthcare field and inform the public.

Keywords: Probiotic, Nursing, Midwifery

¹Öğr. Gör. Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü
² Öğr. Gör. Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü

GİRİŞ VE AMAÇ

Probiyotikler; endojen mikroflorayı düzenleyen ve geliştiren, gastrointestinal sistem ve ürogenital sistem üzerinde yararlı etkisi ile birlikte konakçı sağlığı üzerinde olumlu etki sağlayan canlı mikroorganizmalardır.¹⁻¹⁰ Bebeğin bağırsak florası doğum esnasında steril kabul edilmekte, ancak anne ve çevresel etkenlerle değişmektedir.¹¹ Gastrointestinal mikrofloranın, fizyolojik ve immünolojik olaylarda önemli rol oynadığı belirlenmiştir.^{12, 13} Bu ekosistemde oluşan bir bozukluk doğum döneminden sonrasına uzanan olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir.¹⁴ Probiyotiklerin etki mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte çeşitli şekillerde bağırsak mikroflorasını düzenlediği ve immün sistemi güçlendirdiği bilinmektedir. Bunlardan bazıları; probiyotiklerin antimikrobiyal maddeler üreterek patojen mikroorganizma gelişimini inhibe etmesi, besin ve kolonizasyon için rekabet etmesi, sindirim sistemini teşvik eden enzim üretmesi, antikor düzeyini artırmasıdır.¹⁴ Probiyotiklerin; immün sistemin uyarılması ve düzenlenmesi, kanser riskinin azaltılması, intestinal florayı düzenleme, laktoz toleransını artırma, serum kolesterol düzeyini düşürme, obeziteyi, hipertansiyonu, alerjik reaksiyonları engelleme, atopik egzama tedavisi gibi birçok koruyucu ve terapötik etkisi bulunmaktadır.¹⁵⁻¹⁷ Ayrıca kabızlık ve akut enfeksiyöz ishal tanısı konmuş olan çocuklarda probiyotik kullanımının hastanın şikayetlerini belirgin düzeyde azalttığına dair veriler de mevcuttur.¹⁸⁻²⁰ Bu verilere dayanarak probiyotik tüketiminin insan sağlığı üzerine olumlu etkileri olduğu ifade edilebilir.⁹ Probiyotik mikroorganizmaların kullanıldığı gıdada canlılığını koruması ve çoğalması, mide ve safra asitliğine dayanabilmesi, patojen olmaması ve toksik metabolitler üretmemesi probiyotiklerin taşınması gereken önemli özelliklerdendir. Probiyotik ürün olarak en fazla bilinen grup

fermente süt ve süt ürünleridir. Yoğurt, kefir gibi ürünler probiyotik olabildiği gibi peynir ve dondurmanın da probiyotik olması konusunda çalışmalar bulunmaktadır.²¹ Probiyotikler besinlerle veya tablet, kapsül şeklinde destek amaçlı alınmaktadır.^{10,22} Probiyotiklerin etkisini gösterebilmesi için hergün düzenli kullanımı tavsiye edilmektedir.¹⁰ Ayrıca probiyotik bakterilerin vücutta terapötik etki gösterebilmesi için konakçıya alınması gereken canlı hücre konsantrasyonu en az 10^6 kob/g hücre olması gerektiği bildirilmiştir.²³⁻²⁶ Probiyotik olarak en fazla bilinen mikroorganizmalar *Bifidobacterium*, *Lactobacillus* ve *Streptococcus* cinsi bakteriler ile *Saccharomyces boulardii* maya türleridir.^{27,28} Probiyotik mikroorganizmaların sağlık üzerine olumlu etkisi ilk defa 1908 yılında Rus araştırmacı Elie Metchnikoff tarafından ortaya atılmıştır. Metchnikoff, Bulgar çiftçilerin fermente süt ürünleri tüketmesi sonucu daha sağlıklı ve uzun ömürlü olduklarını, bunun nedeninin ise bu ürünlerdeki bakterilerin mikroflorayı olumlu etkilemesi ile olduğunu belirtmiştir. Bu kuram günümüzde geçerliliğini korumaktadır.^{29, 30}

Toplumda probiyotikler ile ilgili bilgi karmaşası bulunmaktadır. Probiyotik kavramı bilinmemekte ya da yanlış veya eksik bilinmektedir. Çeşitli nedenlerden ötürü geleneksel beslenme yerine özellikle hazır yiyeceklerle beslenmeye yönelimin arttığı bir çağda, besinlerin tüketimi konusunda başta sağlık çalışanlarının dikkat etmesi ve toplumdaki diğer bireylere iyi model olmaları, rehberlik etmeleri son derece önemlidir.³³ Ülkemizde probiyotik bilgi düzeyi ve tüketimi ile az sayıda çalışma bulunmaktadır.

Bu araştırma ile sağlık yüksekokulu öğrencilerinin probiyotikleri bilme ve tüketme durumunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Bu araştırma Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda 21.03.2016- 1.04.2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Okula 386 öğrenci kayıtlıdır. Ancak araştırmanın evrenini 2015-2016 bahar yarıyılında öğrenime devam eden 368 öğrenci oluşturmaktadır. Bütün öğrencilere ulaşılmaya çalışılmış ancak devamsızlık nedeniyle okulda bulunmayan, anketi uygulamayı istemeyen öğrenciler dışında kalan 247 öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Öğrencilerin % 67'sine ulaşılmıştır. Araştırma tanımlayıcı, kesitsel nitelikte bir çalışmadır. Veriler literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile toplanmıştır.^{4,5,31} Formda 3 bölüm bulunmaktadır. Birinci bölümde cinsiyet, yaş, bölüm, kaldığı yer sorgulanmış öğrencilerin tanıtıcı bilgileri toplanmıştır. İkinci bölümde probiyotik ürün bilgi düzeyini değerlendirmeye yönelik olarak; probiyotik ürünler hakkında bilgisi olup olmadığı, bu bilgiyi nereden edindiği, probiyotiklerin içeriğini, immun sistem, gastrointestinal sistem, genel sağlık üzerine etkilerini değerlendiren, kullanım sıklığı ve probiyotik kaynağı ürünlerin neler olduğunun sorulduğu sorular bulunmaktadır. Son bölümde ise probiyotik tüketme durumu ve

amacına yönelik sorular bulunmaktadır. Probiyotik kavramını bilme durumu belirlenirken öğrencinin kendi ifadesi değerlendirilmeye alınmıştır. Ancak hem bildiğini ifade edip, hem de probiyotikler hakkındaki soruların yanıtlarını bilmediğini ifade eden öğrenciler ayrıca sunulmuştur. Öğrencilerin formu doldurması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

Araştırma verileri SPSS 20 paket programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerden yüzdeler, ortalama ve standart sapma kullanılırken kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırma kapsamına alınan öğrencilere anket uygulanabilmesi için Amasya Üniversitesinden yazılı izin alınmıştır (Sayı: 30640013-044-169). Araştırmaya katılmada gönüllülük ilkesine özen gösterilmiş, öğrencilere araştırma hakkında açıklama yapıldıktan sonra sözlü onayları alınmış ve anket formlarını doldurmaları sağlanmıştır.

Bu çalışma 2015-2016 eğitim öğretim yılı, bahar yarıyılında Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'na devam eden öğrencilere genellenebilir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan öğrencilerin %86,6'sı (n:214) kız, %13,4'ü (n:33) erkektir. Öğrencilerin yaş ortalaması 20,6 ($\pm 1,7$) olarak saptanmıştır. Öğrencilerin %31,6'sı ebelik, %68,4'ü hemşirelik bölümünde okumakta, konaklama durumu incelendiğinde ise; %61,1 (n:151) yurt ve diğer (apart vb.) , %38,9'u evde kalmaktadır. Probiyotik ürünlerle ilgili soruların yanıtları değerlendirildiğinde ise; öğrencilerin %61,5'i (n=152) probiyotik kavramını bildiğini, %38,5'i (n=95) ise bilmediğini ifade etmiştir. Nijeryalı 62 klinisyen üzerinde probiyotik bilgi düzeyi ile ilgili yapılan bir çalışmada katılımcıların %95,2'si probiyotik terimini bilmediğini ifade etmiştir.³² Üniversite öğrencilerinin probiyotik ürün tüketim

durumlarının belirlendiği bir başka çalışmada öğrencilerin %45,4'ünün probiyotik ürünler hakkında bilgilerinin olmadığı belirlenmiştir.⁴ Yunanistan'da probiyotik bilgi düzeyi ile ilgili yapılan bir çalışmada tüketicilerin %76'sının probiyotik terimini bilmediği belirtilmiştir.⁸ Çalışmamız sonucunda daha yaygın bilme oranı saptanmıştır.

Probiyotik kavramını bildiğini ifade eden (n=152) öğrencilerin bilgi kaynakları değerlendirildiğinde ilk üç sırayı okul, televizyon ve internet almıştır. Oranlar ve sıralama ile ilgili bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Probiyotik Kavramının Bilgi Kaynakları (n=152)

Öğrenilen Kaynak	Sayı	%
Okul	54	35,5
İnternet	18	11,8
Tv	42	27,6
Aile/arkadaş	9	5,9
Sağlık profesyoneli	5	3,3
Diğer	24	15,8
Toplam	152	100

Probiyotik kavramını bilme açısından öğrencilerin kaldıkları yer, cinsiyet ve okudukları bölümler değerlendirilmiş ve Tablo 2’de sunulmuştur. Kalınan yer ile probiyotik kavramını bilme durumunun birbiri ile ilişkili olmadığı ($\chi^2=1,745$ ve $p>0,05$) ancak cinsiyet ($\chi^2=11,464$ ve $p<0,05$) ve bölüme göre ($\chi^2=6,413$ ve $p<0,05$) probiyotik kavramını bilme arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda, öğrencilerin kaldıkları yer ile probiyotik kavramını bilme durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Yurtta kalanların %41,7’si evde kalanların ise %33,3’ü bu kavramı bilmemektedir. Kız öğrencilerin %65,9’u (n:141) probiyotikleri bildiğini ifade ederken erkek öğrencilerin %33,3’ü (n:11) bildiğini ifade etmiştir. Kız öğrencilerin probiyotik bilgisi erkek öğrencilerden % 97,8 fazladır Cinsiyetle karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmakla birlikte kız öğrencilerde %65,9 olarak saptanmışken erkek öğrencilerde bu oran %33,3’tür. Kız öğrencilerin beslenme, vücut-kütle indeksi gibi dış görünüşü etkileyen etmenlere erkeklere oranla daha fazla önem verdiği bilinmektedir. Bu durumun probiyotikleri bilenlerin, kız öğrencilerde yaygın olmasını sağladığı düşünülmektedir.³ Probiyotik tüketim durumlarının belirlendiği bir çalışma sonucunda da yurtta kalan üniversite öğrencilerinin %54,6’sının probiyotikleri bilmediği saptanmıştır.⁴ Aynı çalışmada kız ve erkek öğrenciler arasındaki durum kıyaslandığında probiyotik ürün hakkında bilgisi olanların sıklığı kız öğrencilerde % 69,8 erkek öğrencilerde %40,0 olarak saptanmıştır.

Araştırmamızda ebellek ve hemşirelik bölümü arasında anlamlı farklılık olmakla birlikte bölüme göre ($\chi^2=6,413$ $p=0,011$, $p<0,05$) ebellek bölümü öğrencilerinin %73,1’i, hemşirelik bölümü öğrencilerinin %56,2’si probiyotik kavramını bildiğini ifade etmiştir. Yapılan bir çalışmada bilgi seviyesi düşük, orta ve yüksek olarak sıralanmış, 8 sağlık meslek grubuna ait öğrencilerden ebellek dördüncü, hemşirelik ise altıncı sırada yer almıştır.⁸ Probiyotik kavramını bilme konusunda hemşirelik öğrencileri ebellek bölümü öğrencilerinden % 30 daha fazla bilmektedir. Ebellek ve hemşirelik bölümündeki tüm öğrenciler beslenme dersi almaktadır. Gruplar arası farklılığın hemşirelik bölümündeki erkek öğrencilerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 2. Bazı Değişkenlere Göre Öğrencilerin Probiyotik Kavramını Bilme Durumu (n=247)

Kaldığı Yer	Bilme Durumu				χ^2	p
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%		
Ev	64	67	32	33	1,745	>0,05
Yurt	88	58	63	42		
Cinsiyet						
Kız	141	66	73	34	11,46	<0,05
Erkek	11	33	22	67		
Bölüm						
Ebellek	57	73	21	27	6,413	<0,05
Hemşirelik	95	56	74	44		

Probiyotik ürünlere yönelik sorulara verilen yanıtların dağılımı Tablo 3’te verilmiştir. Probiyotik kavramını bildiğini ifade eden 152 öğrenciden %39,5’i (n=60) probiyotiklerin kullanımı ve probiyotiklerin etkisi hakkındaki soruları yanıtlarken, %60,5’i (n=92) soruların yanıtlarını bilmediğini belirtmiştir. Probiyotik bilgi düzeyinin belirlendiği bir çalışmada probiyotik kavramını duyanların oranı %38,5 olmasına karşın probiyotiğin ne olduğunu bilenlerin oranı %27,2dir.³¹ Bu bilgi doğrultusunda öğrenciler probiyotikleri bildiğini ifade etmesine karşın bu konu hakkında tam anlamıyla bilgi sahibi olmadığı ifade edilebilir. Probiyotiklerin kullanımı ve

etkisi hakkındaki soruların yanıtları değerlendirildiğinde; grubun %88,3'ü (n=53) probiyotiklerin vücuda faydalı canlı mikroorganizma içerdiğini belirtmekle birlikte genel sağlık üzerine olumlu etkiye sahip olduğu bilgisi öğrencilerin %90'ı tarafından doğru bilinmiştir. Probiyotik kullanımı ile bilgi ve düşüncelerin belirlendiği başka bir çalışmada katılımcıların %43,9'u probiyotiklerin canlı

mikroorganizmalar olduğunu belirtmiştir.³¹ Araştırmamızda bu değer 2 katına yakın olan %88,3 elde edilmiştir. Öğrencilerin %71,7'si probiyotik kaynağı ürünler ve %65'i tüketim sıklığı ile ilgili sorulara yanlış yanıt vermiştir. Öğrencilerin %37,2'si (n=92) probiyotik ürün tükettiğini belirtmiştir. Ürünü tüketen grubun %78,3'ü hastalıklardan korunmak amacı ile probiyotik kullandığını ifade etmiştir.

Tablo 3. Probiyotikler Hakkındaki Sorulara Verilen Yanıtların Dağılımı (n=60)

	Doğru Sayı	%	Yanlış Sayı	%	Toplam
İmmün sistem üzerine etkisi	46	77	14	23	60
Gastrointestinal sistem (GİS) üzerine etkisi	53	88	7	12	60
Genel sağlık üzerine etkisi	54	90	6	10	60
Tüketim yolu	49	82	11	18	60
Tüketim sıklığı	21	35	39	65	60
Probiyotik kaynağı ürün bilgisi	17	28	43	72	60

Araştırma kapsamında elde edilen bulgulara göre; içerik hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade eden öğrencilerin %88,3'ü probiyotiklerin vücuda faydalı canlı mikroorganizma olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin probiyotikler hakkındaki sorulara verilen yanıtlarına bakıldığında genel sağlık üzerine olumlu etkisi olduğunu %90'ı doğru olarak yanıtlarken; tıp fakültesi öğrencilerinin probiyotiklere karşı bakış açısının değerlendirildiği bir çalışmada

öğrencilerin yaklaşık %60'ı probiyotiklerin sağlık üzerine yararlarını doğru olarak belirttiği saptanmıştır.⁸

Son olarak araştırma grubumuzdaki öğrencilerin probiyotik ürün tüketim sıklığı %37,2 iken üniversite öğrencilerinin probiyotik ürün tüketim durumlarının belirlendiği bir çalışmada bu oran %35,8 olarak saptanmıştır.⁴ Tüketim durumu her iki çalışmada da benzerlik göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin ve ebelerin sağlığını koruması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesinde önemli rolleri bulunmaktadır. Tüm yaşam evrelerinde beslenmenin sağlanması bu rollerden biridir. Ebeler ve hemşireler mesleki sorumluluklarını yerine getirirken güncel bilgileri takip etmelidir. Bu bağlamda araştırma kapsamımızdaki Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin %38,5'i beslenme ürünü olan probiyotikler hakkında hiçbir bilgi sahibi olmamakla birlikte, bildiğini ifade eden öğrencilerin de %60,5'i ilgili soruların yanıtlarını bilmediğini ifade etmiştir. Bu konu hakkında bilgi sahibi olunmaması, hizmet edilen gruba bilgi aktarılmamasına neden olacaktır.

Araştırmamızda kız öğrencilerin probiyotikleri erkek öğrencilerden %97,8 daha fazla bildiği belirlenmiştir. Kız öğrenciler için bedensel imge erkek öğrencilere nazaran daha önemli olduğundan bu sonuç normal karşılanabilir. Fakat erkek öğrenciler probiyotikler konusuna yeterince ilgi göstermemiş olabilir. Hemşirelik mesleğinde erkek personelin artışı ve probiyotiklerin sağlık üzerine olumlu etkisi düşünüldüğünde erkek öğrencilere konu daha dikkat çekici anlatılmalıdır.

Sonuç olarak bebeklikten itibaren tüm yaş dönemlerinde kullanılabilir olan probiyotikler hakkında ebeler, hemşirelik öğrencilerinin bilinçlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Bunun için ebeler ve hemşirelik öğrencilerine yönelik probiyotik

ürünlerin önemini vurgulayan ve probiyotik tüketimini teşvik eden ders dışı proje, panel,

seminer gibi faaliyetler düzenlenmeli ve toplum bilgilendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Ranadheera, R.D.C.S. Baines, S.K. Adams, M.C. (2010). "Importance of food in efficacy". *Food Research International*, 43, 1-7.
2. Gürsoy, O. Kınık, Ö. (2006). "Probiyotik bakterilerin klinik uygulamalarında yeni gelişmeler-I". *Ege Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 43(1): 181-188.
3. Aydın, M. Açıkgöz, İ. Şimşek, B. (2010). "İsparta Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Probiyotik Ürün Tüketimlerinin ve Probiyotik Kavramının Bilinme Düzeyinin Belirlenmesi". *Gıda Teknolojileri Elektronik Dergisi*, 5(2): 1-6.
4. Yabancı, N. Şimşek, İ. (2007). "Üniversite Öğrencilerinin Probiyotik Ürün Tüketim Durumları". *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6).
5. Viana, J.V. G da Cruz, A. Zoellner, S.S. Silva, R. Batista, A.L.D. (2008). "Probiotic foods: consumer perception and attitudes". *International Journal of Food Science and Technology*, 43: 1577-1580.
6. Alak, G. Atamanalp, M. (2012). "Su ürünleri yetiştiriciliğinde probiyotik ve prebiyotik kullanımı". *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tarım Bilimleri Dergisi*, 22(1): 62-68.
7. Maden, E.A. Altun, C. (2012). Probiyotikler ve ağız sağlığı. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 22(3): 334-339.
8. Payahoo, L. Nikniaz, Z. Mahvadi, R. Jafar-abadi, M.A. (2012). "Perceptions of Medical Sciences Students Towards Probiotics". *Health Promotion Perspectives*, 2(1): 96-102.
9. Usta, M. Urgancı, N. (2014). "Çocukluk çağında probiyotik kullanımı". *Güncel pediatri*, 1; 88-94.
10. Özden, A., 2013. Probiyotik "Sağlıklı Yaşam için Yararlı Dost Bakteriler". *Güncel gastroenteroloji*, 17/1, Mart.
11. Özden, A. (2005). "Gastro-intestinal sistem ve probiyotik prebiyotik synbiyotik". *Güncel Gastroenteroloji*, 9/3.
12. Schrezenmeir, J. ve de Vrese, M. (2001). "Probiotics, prebiotics and synbiotics approaching a definition". *Am J Clin Nutr*. 73(suppl):361-4.
13. Gerritsen, J. Smidth, H. Rijkers, G.T. de Vos, W.M. (2011). "Intestinal microbiota in human health and disease: the impact of probiotics". *Genes Nutr*. 6, 209-240.
14. Arıca, S.G. Arıca, V. Özer, C. (2012). "Çocukluk çağında üst solunum yolu enfeksiyonu tedavisi ve korunmasında probiyotik kullanımı". *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(2).
15. Wollowski, I. Rechkemmer, G. Pool-Zobel B.L. (2001). "Protective role of probiotics and prebiotics in colon cancer". *Am J Clin Nutr*, 73(suppl):451-5.
16. Tok, E. Aslim, B. (2010). "Cholesterol removal by some lactic acid bacteria that can be used as probiotic". *Microbiol Immunol*, 54: 257-264.
17. Derin, D.Ö. Keskin, S. (2013). "Gıda mühendisliği öğrencilerinin probiyotik ürün tüketim durumlarının belirlenmesi: Ege üniversitesi örneği". *Gıda*, 38(4): 215-222.
18. Kutlu, T.(2011). "Pre ve probiyotikler". *Türk Ped Arş*, 46: 59-64.
19. Olguç, M.A.B. Balcı, S.O. Özçay, F. (2013). "Fonksiyonel kabızlığı olan çocuklarda probiyotik ve laktuloz tedavilerinin etkinliğinin karşılaştırılması ve kabızlık tedavisinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin değerlendirilmesi". *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 56: 1-7.
20. Şahin, Ş. Gülerman, F. Köksal, T. Köksal, A.O. (2014). "Çocuklarda kronik kabızlık olgularının değerlendirilmesi". *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 3: 117-123.
21. Özer, E. Yerlikaya, O. ve Kesenkaş, H. (2014). "Propiyonik asit bakterilerinin probiyotik özellikleri". *Gıda Teknolojileri Elektronik Dergisi*, 9(2): 54-62.
22. Sağdıç, O. Küçüköner, E. ve Özçelik, S. (2004). "Probiyotik ve Prebiyotiklerin Fonksiyonel Özellikleri". *Atatürk Üniv. Ziraat Fak. Dergisi*, 35(3-4), 221-228.
23. Kailsapathy, K. Chin, J. (2000). Survival and Therapeutic Potential of Probiotic Organisms with Reference to *Lactobacillus acidophilus* and *Bifidobacterium spp.* *Immunology and Cell Biology*, 78, 80-88.
24. Prado, F.C., Parada, J.L., Pandey, A., Soccol, C.R., 2008. Trends in Non-dairy Probiotic Beverages. *Food Research International*, 41, 111-123
25. Delikanlı, B., Özcan, T., 2014. Probiyotik içeren yenilebilir filmler ve kaplamalar. *Uludağ Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 28 (2), 59-70.
26. Yangılar, F., 2015. Probiyotik mikroorganizmaların biyokoruyucu özelliği. *Uludağ Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Dergisi*, 20 (1).
27. Raghuvanshi, S. Misra, S. ve Bisen, P.S. (2015). Indian Perspective For Probiotics: A review. *Indian J. Dairy Sci.* 68(3).
28. Alkan, R., 2012. Probiyotik maya: *Saccharomyces boulardii*. *Türk Bilim Araştırma Vakfı Dergisi*, 5 (4), 13-16.
29. Rolfe, R.D., 2000. The Role of Probiotic Cultures in the Control of Gastrointestinal Health. *The Journal of Nutrition*, 130, 396-402.
30. Coşkun, T., 2005. Fonksiyonel bileşiklerin sağlığımız üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48, 69-84.
31. Stanczak, M. ve Heuberger, R. (2009). "Assessment of the Knowledge and Beliefs Regarding Probiotic Use". *American Journal of Health Education*, 40(4): 207-211.
32. Anukam, K.C. Osazuwa, E.O. ve Reid, G. (2006). Knowledge Of Probiotics By Nigerian Clinicals. *International Journal Of Probiotics and Prebiotics Vol. 1, No. 1, pp 57-62*
33. Karadağ, G. Aydın, N. ve Kayaaslan, H. (2012). "Gaziantep Üniversitesi Tıp ve Hemşirelik Bölümünde Okuyan Öğrencilerin Besin Güvenliğine İlişkin Duyarlılık ve Görüşleri". *TAF Prev Med Bull*, 11(4): 436-446.

HASTA YAKINLARININ HASTANIN DÜŞMESİNİ ÖNLEMEDEKİ ETKİSİ

THE IMPACT OF PATIENT RELATIVES IN THE PREVENT PATIENT FALLS

Zeynep KIZILCIK ÖZKAN¹, Seher ÜNVER², Figen DIĞIN³

ÖZET

Bu çalışma, hasta yakınlarının hastalarının düşmesini önlemek üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi genel cerrahi bölümünde yatan hastaların yakınlarının katılımıyla Nisan-Mayıs 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Veriler, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 59 hasta yakınından elde edildi. Anket formu, literatürden yararlanılarak araştırmacılar tarafından hazırlandı ve uygulandı. Toplanan veriler SPSS 20,0 paket programı ile frekans ve yüzde kullanılarak analiz edildi. Hasta yakınlarının %47,5'i hasta düşmelerini önlemek adına alınabilecek önlemler hakkında bilgilendirilmiş olmasına rağmen bazı basit uygulamalar (yardımcı araç kullanımını destekleme) konusunda gerekli özeni göstermediği belirlenmiştir. Hasta yakınlarının hasta düşmelerini engellemek adına alınan önlemler hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıkları ve çabalarının orta düzeyde olduğu saptandı. Hemşirelerin hasta eğitiminde görev ve sorumlulukları hizmet içi eğitimlerle vurgulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Önleyici Önlemler; Kayma ve Düşme; Hasta Yakınları.

ABSTRACT

This study was carried out to determine the impact of the patients' relatives in preventing the patients falls. This descriptive study was conducted in the General Surgery ward of Trakya University Research and Practice Center with the participation of 59 volunteered relatives of patients between April-May 2015. The questionnaire was prepared by the researchers according to literature and applied. The data were analyzed using frequency and percent with SPSS 20.0 software package. It was determined that despite the 47.5% of patients' relatives have been informed about the precautions taken to prevent patient falls, didn't pay attention to some simple applications (support the use of aids-walker etc.). As a conclusion it was determined that participants didn't have adequate information about taken to precautions in order to prevent patient falls and have moderate level of effort about this subject. We recommend health professionals to show more attention to the education of patient's relatives about preventing patient falls. It is suggested to emphasize the duties and responsibilities of nurses in patient education with in-service training

Keywords: Preventive measures; Slip and Fall; Relatives.

*Bu çalışma için etik kurul izni Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan (06/10) alınmış, 17-19 Ekim 2016'da Roma/İtalya'da düzenlenen 15th Euro Nursing & Medicare Summit'de sözel bildiri olarak sunulmuştur.

¹Arş. Gör. Uzm. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, zeynepkizilcik26@hotmail.com

²Yrd. Doç. Dr. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, seher.unver@hotmail.com

³Öğr. Gör. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, fgndgn2013@gmail.com

İletişim/ Corresponding Author : Zeynep Kızılçık Özkan
e-posta : zeynepkizilcik26@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 08.02.2017
Kabul Tarihi / Accepted : 05.04.2017

GİRİŞ VE AMAÇ

Düşme; maksatlı eylemler ve şiddet uygulamaları hariç tutulmak üzere, sandalye, merdiven veya zemin üzerinden ani, amaçsız ve kontrolsüz olarak vücudun yere inerek veya aşağı doğru yer değiştirerek dik pozisyonunu kaybetmesidir.¹ Tüm dünyanın başa çıkmaya çalıştığı düşmeler hastalıktan bağımsız olarak oluşan kalıcı fonksiyon kayıplarına ve ölüme yol açabilen, akredite hastanelerde bildirim zorunlu olan istenmeyen olaylar olarak kabul görmektedir.^{2,3}

Tablo 1. Düşmeye Neden Olan Faktörler 4

İçsel faktörler
Yaşam tarzı değişiklikleri (bağımsızlık, aktivite düzeyi vb.)
Yaşla ilişkili değişimler (hareket düzeyi, duyuusal kayıplar vb.)
Hastalığa bağlı değişiklikler (diabete bağlı hipoglisemi, demans vb.)
Dışsal faktörler
İlaç kullanımı (sedatifler, analjezikler vb.)
Çevresel düzenlemeler (ıslak zemin, ayakkabı seçimi,)

Ameliyat olmanın ve ameliyat sonrası dönemde bağımlı olmanın da düşme için bir risk faktörü olabileceği düşünülmektedir.^{5,6} Ameliyat sırasında uygulanan anestezi ilaçlarının oluşturduğu bilinç değişikliği düşme için risk faktörü olabilmektedir.⁷ Düşme olayının oryante olamayan bilinçsiz hasta grubunda 12 kat daha fazla ve bilinç bulanıklığı olan hastalarda 3,6 kat daha fazla gerçekleştiği belirlenmiştir.⁸ Özden ve ark. çalışmasında hastaların %71,4'ünün baş dönmesi ve denge kaybı nedeniyle düştüğünü saptamıştır.⁹ Düşme riskini sedatif ya da hipnotik ilaçlar (4,3 kat), antidiyabetikler (3,2 kat) artırmakta ve çoklu ilaç kullanımı

da düşme riskini, sayısını ve düşmelere bağlı yaralanma sayısını artırmaktadır.^{8,10,11}

Cerrahi kliniklerde yatan hastaların %24-75'inin düşme riski taşıdığı ve cerrahi kliniklerde düşme oranı binde 2,7 olarak bildirilmiştir.^{5,12}

Ameliyat sonrası düşmelere bağlı olarak oluşan yaralanmaların burun kanamaları gibi küçük müdahale gerektiren yaralanmalardan, kalça kırığı gibi büyük yaralanmalara (%30), neden olduğu bildirilmiştir.⁶ Literatürde ölüm vakalarına da rastlanmaktadır.¹³ Amerika Birleşik Devletlerinde 65 yaş üstü bireyleri kapsayan bir çalışmada 2000 yılına ait tahmini tıbbi maliyet ölümcül yaralanmalar için 200 milyon dolar ve ölümcül olmayan yaralanmalar için 19 milyar dolar olarak tespit edilmiştir.¹⁴ Düşmelere bağlı olarak hastanede kalma süresi de uzamaktadır.¹⁵

Düşmeleri engellemede uygulanan girişimler arasında hasta eğitimi etkin bir girişim olarak gösterilmektedir.^{16,17} Veterans Affairs Department ameliyat öncesinde ve sonrasında özellikle alt ekstremite, göğüs ve majör abdominal cerrahi işlem geçiren hastalarda eğitiminin önemini vurgulamaktadır.¹ Düşmelerden kaynaklanan zarar görme riskini azaltmak, uluslararası hasta güvenliği hedefleri içinde yer almaktadır.^{5,18} Hasta düşmelerinin %84,7-42,9 oranda hasta odasında gerçekleştiği göz önünde bulundurulursa hasta yakınlarının da bu konuda bilgilendirilmesi ve uygun davranışın kazandırılması hasta düşmelerinin azaltılmasına katkı sağlayabilecek bir önlemdir.^{8,9,17,19,20}

Bu çalışma ameliyat sonrası ilk günde hasta yakınlarının hastanın düşmesini önlemeye yönelik etkinliğini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi genel cerrahi servisinde yatan ve ameliyat edilen hastaların, yakınlarının (n=59) katılımıyla Nisan-Mayıs 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Bulut ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları çalışmadaki hasta düşmelerine ilişkin saptanan semptomun oranına göre bulgular dahilinde (Eşyaların düzenli olmasını sağlamak %4) %95 güven düzeyinde ve yanılma payı %5 öngörerek n=59 kişi olarak bulunmuştur.²¹

Veri Toplama Araçları

Veri toplamada “Hasta yakını tanıtım formu” ve “Hasta yakını girişim formu” kullanıldı. Hasta yakını tanıtım formunda sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet vb.) ve düşmeye ilişkin bulguları (hastalarının düşme deneyimi ve düşmeyi önlemeye ilişkin bilgi alma durumu) sorgulayan toplam 5 adet soru yer almaktaydı. Hasta yakını girişim formu araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda düşmeyi önlemeye yönelik uygulanan girişimlerin uygulanma durumunu sorgulayan 10 adet sorudan oluşmaktadır.^{21,22} Çalışmamızda hasta yakınlarının uygun ayakkabı seçimini sorgularken kriterimiz 2,5cm.den az topuğu bulunan, ayakta herhangi bir cilt bozukluğuna yol açmayan, ağır olmayan ve kaydırmaz taban olarak belirlenmiştir.

Verilerin Toplanması

Anketler araştırmacılar tarafından hasta odasında 10 dk. içerisinde yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

Verilerin Analizi

Toplanan veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20,0 paket programında analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, yüzde, frekans biçiminde gösterildi. Ayrıca normal dağılım gösteren verilerde t testleri, ANOVA testlerinden yararlanıldı. Sonuçlar için p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışma öncesinde ilgili kurumdan çalışma izni ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul izni (TÜTF_BAEK 06/10-01.04.2015) ve katılımcılardan sözlü onam alındı. Çalışmaya yalnızca gönüllü hasta yakınları dahil edildi.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği

Örneklem sayısının küçük olması araştırmamızın kısıtlılığdır. Araştırma sonuçları örneklem grubundaki hastalarla sınırlıdır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamındaki hasta yakınlarının %79,7'sini erkekler ve %74,5'ini ilköğretim mezunları oluşturmaktaydı (Tablo 2). Hasta yakınlarının yaş ortalaması; 45,57±12,64 idi.

Tablo 2. Hasta Yakınlarına Ait Tanıtıcı Özellikler (n=59)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	12	20,3
Erkek	47	79,7
Toplam	59	100,0
Eğitim Durumu		
İlköğretim	44	74,5
Lise	9	15,3
Üniversite	6	10,2
Toplam	59	100,0

Hasta yakınlarının %10,2'si hastalarının en az bir kez düşmesine tanık olduğunu ifade ederken, %47,5'inin hemşireler tarafından hasta düşmelerini önlemeye yönelik alınabilecek önlemler hakkında bilgi aldığı belirlendi. Bozdemir ve ark. çalışmasında hasta yakınlarının %78,3'ünün, Çelik ve ark. çalışmasında ise %42,9 düşmeyi önlemeye yönelik eğitim aldığı belirlenmiştir.^{23,24} Hasta yakınlarının düşme riskine karşı alınacak önlemler hakkında eğitim alma oranlarının farklı olmasını çalışmaların farklı kliniklerde farklı hasta grupları ile yapılmış olmasına bağlayabiliriz.

Çalışmamızda hasta yakınlarının 10 madde olarak sıraladığımız hasta düşmelerini önlemek adına yapabilecekleri girişimlerden altısında %90'ının üzerinde doğru uygulamayı yaptıkları göz önünde bulundurulduğunda hasta yakınlarının

düşmeyi önlemeye yönelik girişim uygulamadaki etkinlik düzeylerinin orta seviyede olduğu söylenebilir. Hasta yakınlarının düşmeyi önlemedeki orta seviyede etkinliklerinin bile düşmelerin yaşanmasının önüne geçilmesinde yardımcı olduğunu düşünmekteyiz.

Hasta yakınlarının %93,2'sinin yatak kumandasını kullanmayı bildiği ve %74,6'sının yatak korkuluklarını düşmeyi önlemek için kullandığı belirlendi. Çalışmada 47 hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olduğu ve bu hastaların yakınlarının %95,7'sinin hastasına yardım ettiği belirlendi.

Hasta yakınlarının %94,9'u hastalarını ayağa kaldırmadan önce yatak kenarında veya yatak içinde oturmasını sağlamakta iken, %94,9'u dren, göğüs tüpü, serum infüzyon seti ve/veya pompası, sonda gibi invaziv girişimlere ait materyallerin taşınması ve karmaşıklığın önlenmesi konusunda hastalarına yardımcı olmakta idi. Katılımcıların %98,3'ü düşmeleri engellemek adına oda zemininin kuru olmasına ve hastasının ayağına uygun ayakkabı giymesine dikkat ettiklerini ifade etmişti (Tablo 3). Erkek hasta yakınlarının kuru zemin sağlama konusunda kadınlara oranla daha fazla çaba gösterdiği ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi (p<0,05).

Çalışmada 15 hastanın yardımcı araç kullandığı ve bu hastaların yakınlarının %26,6'sının hastasına baston, yürüteç vb. yardımcı araç kullanımı sırasında destek sağladığı saptandı.

Tablo 3. Hasta Yakınlarının Hasta Düşmelerini Önlemeye Yönelik Girişimler (n=59)

Girişimler	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Yatak kumandası kullanabilme	55	93,2	4	6,8
Yatak korkuluklarını kaldırma	44	74,6	15	25,4
Günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olma	45	95,7	2	2,3
Hasta mobilizasyonu öncesinde hastayı yatak içinde oturtma	56	94,9	3	5,1
Dren, sonda, serum vb. taşıma	56	94,9	3	5,1
Yardımcı araç kullanımına destek olma*	4	26,6	11	83,4
Oda zeminin kuru olmasını sağlama	58	98,3	1	1,7
Uygun ayakkabı giymesine yardımcı olma	58	98,3	1	1,7
Hastayı odada yalnız bırakmama	28	47,5	31	52,5
Hastasını yalnız bıraktığında hemşireye haber verme	22	37,3	37	62,7

*Yardımcı araç kullanan ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan hastaların üzerinden yüzdelik verildi.

Hastalarında düşme öyküsü olanların olmayanlara göre hastalarını yalnız bıraktıkları zaman hemşireye haber verme konusunda daha dikkatli olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$). Düşme öyküsü olan hastalarda olmayanlara göre düşme olayının tekrarlama olasılığının yüksek olduğu belirtilmektedir.²⁵ Hasta yakınlarının hastalarının tekrar düşmelerini önlemek için daha duyarlı davrandığı söylenebilir.

Çalışma kapsamında yer alan hasta yakınlarının en az etkin olduğu düşmeyi önlemeye yönelik girişimler hastaların yardımcı araçlarının kullanımı konusunda desteklenmemesi ve hastanın oda da yalnız bırakıldığında hemşirenin bilgilendirilmemesi olarak saptanırken, bu iki girişimin hasta düşmeleri için ciddi risk oluşturduğu bildirilmektedir.^{22,26} Hasta yakınlarının bu konuda farkındalıklarının düşük olduğu ve hemşirelerin bilgilendirme ile hasta yakınlarının sorumluluk bilinçlerinin geliştirilmesine katkı sağlayacağını öngörmekteyiz.

Ameliyat sonrası dönemde anestezi ilaçlara ve yatakta kalma süresine bağlı olarak gelişebilen ortostatik hipotansiyon düşme için riski faktörü kabul edilmektedir.^{27,28} Ortostatik hipotansiyonu önlemek için hastayı ayağa kaldırmadan önce yatak kenarında veya yatak içerisinde 1-2

dakika oturtma çalışmamızdaki hasta yakınlarının % 94,9'unun doğru uyguladıkları bir girişim olarak öne çıkmaktadır.²² Andersson ve ark. düşme olaylarında hasta ve yakınlarının deneyimlerini incelediği çalışmada hasta yakınlarının hastayı ayağa kaldırırken uygun işlem basamaklarına özen göstermemesinin düşmeyle sonuçlandığı rapor etmiştir.²⁹ Çalışmamızda hasta yakınlarının hastayı ayağa kaldırmada ortostatik hipotansiyonu ve düşmeyi önlemek adına yüksek oranda etkinlik göstermesi memnuniyet vericidir.

Hasta düşmelerin önlenmesi için dikkat edilmesi gereken çevre düzenlemelerinden yer zeminin kuru olmasını sağlamak katılımcılarımızın çoğunluğunun (%98,3) dikkat ettiği uygulamalar arasında yer almaktadır.^{9,30} Islak ve kaygan yer zeminlerinin ameliyat edilen hastalarda düşmelerin etiyolojik nedenlerinden %5'ini oluşturduğu ve cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastalarda ise %8,7'sini oluşturduğu belirtilmektedir.^{6,23}

Uygun ayakkabı seçimi de düşme riskini azaltan doğru davranışlar arasındadır.³¹ Çalışmamızda hastaların ayakkabı tercihlerinin yüksek oranda (%98,3) doğru yapıldığı saptanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada hasta yakınlarının hasta düşmesini önlemeye yönelik etkinliklerini orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hasta yakınlarının düşmeyi önlemek için hastayı ayağa kaldırmadan önce yatak içinde oturtma ve dren, sonda gibi invaziv girişimlere ait materyallerin taşınması gibi uygulamalarda hastasına destek sağlamada yüksek etkinlik gösterdiği belirlenirken, hastasını odada yalnız bırakması gerektiğinde hemşireye haber verme ve yardımcı araç kullanımı konusunda hastasına destek sağlama konusunda yeterli etkinlik gösteremediği belirlenmiştir.

Sonuç olarak düşmeler ameliyat edilen ve hastanede yatan hastalarda gözlenebilen ölümcül durumlarla sonlanabilen ciddi bir

sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ameliyat sonrası hastaların düşme riski açısından değerlendirilmesi ve hastalara ve onlara refakat eden yakınlarına düşmeyi önlemede alınabilecek önlemler hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Hemşirelerin hasta ve yakınlarına hasta düşmelerini azaltma stratejileri hakkında bilgi vermesinin düşmelerin önlenmesinde etkinliği artırmada, yanlış uygulamaların önlenmesinde ve hasta katılımı sağlanarak hasta hemşire güven ilişkisinin geliştirilmesinde önemli bir adım olacağını düşünmekteyiz.

Bu bağlamda hemşirelerin hasta eğitiminde görev ve sorumluluklarının hizmet içi eğitimlerle vurgulanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Veterans Affairs Department. (2013) Implementation Guide for Fall Injury Reduction, VA National Center for Patient Safety Virtual Breakthrough Series: Reducing Preventable Falls and Fall-Related Injuries Amerik Birleşik Devletleri. 1-11.
2. World Health Organization. Falls (2012). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>. (Erişim Tarihi: 03 Kasım 2015).
3. Joint Commission International. Sentinel Events, Comprehensive Accreditation Manual for Hospital. http://www.jointcommission.org/assets/1/6/CAMH_2012_Üpdate2_24_SE.pdf. (Erişim Tarihi:14 Kasım 2015).
4. National Patient Safety Agency (2007). Slips, trips and falls data update. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?Ass etID=61390&> (Erişim Tarihi: 29 Mart 2017).
5. Tanıl, V, Çetinkaya, Y, Sayer, V, Avşar, D, İskit, Y.(2014). Düşme riskinin değerlendirilmesi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 1(1):21-26.Veterans Affairs Department. (2013) Implementation Guide for Fall Injury Reduction, VA National Center for Patient Safety Virtual Breakthrough Series: Reducing Preventable Falls and Fall-Related Injuries Amerik Birleşik Devletleri. 1-11.
6. Church, S, Robinson, TN, Angles, EM, Tran, ZV, Wallace, JI. (2011). Postoperative falls in the acute hospital setting: characteristic, risc factors and outcomes in males. The Am J Surg, 201:197-202.
7. Joint Commission International. Sentinel Event Alert. Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities 55:1-5. http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_55.pdf. (Erişim Tarihi:14 Kasım 2015)
8. Krauss, MJ, Evanoff, B, Hitcho, E, Ngugi, KE, Dunagan, WC, Fischer, I et al. (2005). A case control study of patient, medication, and care related risk factors for inpatient falls. J Gen Intern Med, 20:116-122
9. Özden, D, Karagözoğlu, Ş, Kurukız, S. (2012). Hastaların iki ölçüğe göre düşme riskinin belirlenmesi ve bu ölçüklerin düşmeyi belirlemedeki duyarlılığı: pilot çalışma. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(1):80-88.
10. Akarsu, S, Tekin, L, Güzelküçük, Ü, Dandinoğlu, T, Kaldırım Ü. (2012). Polifarmasinin bakımevinde kalan ve evinde yaşayan geriatrik hastalarda denge düşme ve kognitif durum üzerine etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(3):251-254.
11. Özgöbek, R, Şentürk, M, Tombak, E, Dağistan, D, Pekçetin, E, Alıthan, F ve ark. (2010). Huzurevinde kalan yaşlıların ilaç kullanımları ve düşme oranları. Akademik Geriatri Dergisi, (2);23-26.
12. Bouldin, E, Andresen, E, Dunton, N, Simon, M, Waters, T, Liu, M et al. (2013). Falls among adult patients hospitalized in the united states: prevalence and trends. J Patient Saf, 9(1):13-17.
13. Schwendimann, R, Bühler, H, De Geest, S, Milisen, K. (2006). Falls and cosquent injuries in hospitalized patients: effect of an interdisciplinary falls prevention program. BMC Helath Serv Res, 7(6); 69.
14. Carroll, D, Papola, L, McNicoll, L. (2009) Fall prevention interventions in acute care settings: The Rhode Island Hospital experience. Medicine & Health 92(8): 280-282.
15. Stevens, J.A, Corso, P.S, Finkelstein, E.A, Miller, TR. (2006). The costs of fatal and nonfatal falls among older adults. Inj Prev, 12(5):290-295.
16. Dunne, T.J, Gaboury, I, Ashe, C.M. (2014). Falls in hospital increase length of stay regardless of degree of harm. J Eval in Clin Pract, 20 (4):396-400.
17. Mlake-Lye, I, Hempel, S, Ganz, D, Shekelle, P. (2013). Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy. Ann Intern Med, 158:390-396.
18. Fonda, D, Cook, J, Sandler, V, Bailey, M. (2006). Sustained reduction in serious fall related injuries in older people in hospital. MJA, 184 (Suppl. 2):379-382.
19. Joint Commissions Institue.(2013). Meeting The Joint Comission's 2013 National Patient Safety Goals. Ed.Parker J. USA.
20. Hitcho, E, Krauss, M, Birge, S, Dunagan, WC, Fischer, I, Johnson, S et al. (2004). Characteristic and circumstances of falls in a hospital setting. J Gen Intern Med, 19:732-739.
21. Bulut, S, Türk, G, Şahbaz, M. Hemşirelerin hasta düşmelerini önlemeye yönelik uygulamalarının belirlenmesi. (2013). Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(3):163-169.
22. Çeçen, D, Özbayır, T. (2011). Cerrahi kliniklerde yatan yaşlı hastalarda düşme riskinin belirlenmesi ve düşmeyi önlemeye yönelik yapılan girişimlerin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 27(1):11-23.
23. Bozdemir, H, Küçükberber, N, Özmen, S. (2016) Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Yatan Hastalarda Düşme Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Onlin Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(2):6-16.

- 24 Çelik, G Zingal, H. (2016) Beyin cerrahisi kliniğinde yatan hastaların düşme risklerinin ve alınan önlemlerin belirlenmesi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1(1): 7-11.
- 25 Savcı, C, Kaya, H, Acaroğlu, R, Kaya, N, Bilir, A, Kahraman H ve ark. (2009). Nöroloji ve nöroşirürji kliniklerinde hastaların düşme riski ve alınan önlemlerin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi 2(3).
- 26 Gray, J. (2007). Protecting hospice patients a new look at falls prevention. American J of Hospice and Palliat Medicine, 24(3):242-247.
- 27 Cowie, D, Shoemaker, K, Gelb, A. (2004) orthostatic hypotension occurs frequently in the first hour after anesthesia. Anesth Analg 98:40-45.
- 28 Angelousi, A, Girerd, N, Benetos, A, Frimat, L, Gaautier, S, Weryha, G, Boivin, J. (2014) Association between orthostatic hypotension and cardiovascular risk, cerebrovascular risk, cognitive decline and falls aswell as overall mortality: a systematic review and meta-analysis. Journal of Hypertension 32(8):1562-1571.
- 29 Andersson, A, Frank, C, Willman, A, Sandman, P, Hansebo, G. (2015) Adverse events in nursing: a retrospective study of reports of patient and relative experiences. Int Nurs Rev. 62(3):377-385.
- 30 Karadakovan, A, Aslan, F. (2011). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım 2.Baskı Adana s.1-1477.
- 31 Menendez, M.D, Alonso, J.C, Miñanac, J.C, Arche, J.M, Diaz, J.M, Vazqueza, F. (2013). Characteristics and associated factors in patient falls, and effectiveness of the lower height of beds for the prevention of bed falls in an acute geriatric hospital. Rev Calid Asist, 28(5):277-284.

MİKRO BESİN ÖGESİ MALNÜTRİSYONUNDA BESİN DESTEĞİ Mİ? YOKSA ZENGİNLEŞTİRME Mİ?

MICRONUTRIENT MALNUTRITION IN NUTRITIONAL SUPPORT? OR ENRICHMENT?

Memnune KABAKUŞ¹

ÖZET

Günümüzde beslenmeye bağlı sağlık sorunları büyük bir yüzdeye sahiptir. Beslenme sorunlarının önlenmesinde bireyin beslenme programını düzenlemek, besin zenginleştirme, vitamin-mineral desteği ve sağlığın iyileştirilmesi ile hastalıkların kontrolü önemli halk sağlığı stratejileridir. Bu yöntemlerden en doğru olanını seçmek için var olan sağlık sorununun tanımlanması ve hitap edilen kesimin iyi bilinmesi gerekmektedir. Mikro besin öğeleri olarak adlandırılan vitamin-mineral eksikliklerinde ciddi sağlık problemleri ortaya çıkmaktadır. Böyle bir durumda bireysel bir yetersizlik söz konusu ise besin desteği kullanımı ön plana çıkarken; toplumun büyük bir çoğunluğunu kapsayan yetersizlik ve buna bağlı oluşan hastalık durumlarında besin zenginleştirme politikasını uygulamak doğru bir adım olabilmektedir. Ancak herhangi bir toksisite durumuyla karşılaşmamak için üst alım düzeylerinin iyi bilinmesi oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Vitamin, Mineral, Malnütrisyon, Besin Takviyesi

ABSTRACT

Today, health problems related to nutrition have a great deal. Regulation of individual nutrition programs, nutrient enrichment, vitamin-mineral supplements and health improvement and disease control to prevent nutritional problems are important public health strategies. In order to select the most suitable method, it's necessary to identify the present health problem as well as knowing the addressed population. Serious health problems may arise in deficiencies of vitamin-mineral, known as micronutrients. In such cases, nutritional support comes to the fore if there is an individual deficiency; however, the use of food-fortification policy may be a correct step if there is a deficiency, and dependent disease-conditions, in the population at large. But it is important to know the upper intake levels well to avoid any toxicity.

Keywords: Vitamins, Minerals, Malnutrition, Dietary Supplements,

¹Arş. Gör. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü

GİRİŞ VE AMAÇ

Malnütrisyon; bir veya birden fazla besin ögesinin eksik veya yetersiz alımı sonucu kendini gösteren bir hastalık tablosudur. Malnütrisyon kendi içinde alt sınıflara ayrılır. Çok sık karşılaşılan protein-enerji malnütrisyonunun yanı sıra, mikro besin öğeleri olarak adlandırılan vitamin ve minerallerin yetersiz alımı da mikro besin ögesi malnütrisyonu olarak karşımıza çıkmaktadır. Vitamin ve mineral yetersizlikleri insan sağlığıyla beraber toplum sağlığını ve buna bağlı olarak ekonomik gelişimi etkilemekte, ciddi sağlık problemlerine sebep olmakta, insan gücü kaybına ve ekonomik zararlara yol açmaktadır. Bu etkilerin yanı sıra çocuklarda öğrenmeyi güçleştirme, zekâ geriliği, bağışıklığın azalması, körlük, prematüre ölümlere, yetişkinlerde iş gücü ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Sonuç olarak bireyin yaşamında oluşan bu olumsuzluklar ulusların sosyal ve ekonomik düzeylerinde önemli düşüşlere yol açmaktadır.¹

Vitamin ve minerallerin vücudumuza yeterli ve dengeli alınmadığı durumlarda ortaya çıkan “gizli açlık” olarak betimlenen tablo, toplumda beslenme sorunlarının ortaya çıkmasına ve buna bağlı hastalıkların gelişmesine sebep olmaktadır.²

Vitamin mineral yetersizlikleri, yaşam süresince her yaşta görülebilir. Özellikle küçük yaşta çocuklar ve doğurganlık çağındaki kadınlar vitamin mineral yetersizliklerine karşı daha fazla risk altındadır. Türkiye’de başta gelen mikro besin ögesi yetersizlikleri demir, iyot, folat ile B12 ve D vitaminleridir.³

Mikro besin ögesi malnütrisyonunun düzeltilmesi ve denetim altına alınabilmesi için tek tek veya kombine şekilde uygulanması mümkün üç strateji mevcuttur. Bunlar; diyetin düzenlenmesi, mikro besin ögesi veya öğelerinin dışarıdan ek olarak alınması (suplemantasyon) ve tüketim sıklığı fazla olan besinler temel alınarak mikro besin öğelerince zenginleştirme yapılmasıdır.⁴

Günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde saptanan vitamin ve mineral yetersizliklerine göre besin desteği ve besin zenginleştirme uygulamaları beslenmeye bağlı çoğu hastalıkların önlenmesi ve/veya tedavi edilmesi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu derlemede halk sağlığı sorunlarına yol açan mikro besin ögesi malnütrisyonunda besin desteği veya besin zenginleştirme yöntemleri ele alınacaktır.

Besin Desteği

Besin desteklerinin ne olduğu ve ne için kullanıldığı sorularına yanıt olabilmesi için birçok tanım yapılmıştır. Bu tanımlardan birinde besin destekleri: “diyeti desteklemek amacıyla alınan bir veya birden fazla vitamin, mineral, şifalı bitki veya aminoasitleri içeren sigara dışındaki ürünler” olarak tanımlanmıştır.⁵ Bir başka tanımda ise besin desteği; “tek başına veya beraber de kullanılabilen kapsül, tablet, toz, solüsyon vb. şeklinde satılan yoğun formdaki kaynaklar” şeklinde betimlenmiştir.³ Besin desteği bir anlamda günlük hayatta tüketilen besinlere ek olarak belirtilmektedir.

Besin desteği diyetle besin alımı yetersiz olduğunda ve buna bağlı semptomlar geliştiğinde, gereksinimin arttığı özel durumlarda, hücre fonksiyonunun gerektiği gibi çalışmadığı zamanlarda terapötik etki göstermesi amacıyla uygulanabilmektedir.⁶ Beslenme yönünden risk taşıyan ve yetersizlik tanısı almış bireylerde kontrol altında verilmesi uygun görülmektedir. İlk 6 aydan sonra bebeklere demir verilmesi, yaşlılara D vitamini verilmesi, özellikle planlanmış gebeliklerde gebelik başlamadan ve başladıktan sonra folik asit verilmesi vb. örnek olarak gösterilebilir.¹

Makro ve mikro besin öğelerini barındıran yeterli ve dengeli bir beslenme örüntüsünde besin desteğine ihtiyaç yoktur.

Besin destekleri, besin öğelerini fazla miktarlarda vücuda sağlayan, yoğun bileşiklerdir.¹

Son zamanlarda kullanımı sık tercih edilen besin destekleri vitamin-minerallerdir. Bu besin desteklerinin kullanımında rehber olarak Gıda ve Tarım Örgütü (Food and Agriculture Organization- FAO) ve Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization- WHO) tarafından belirlenen prensipler göz önünde tutulmalıdır. Bu bağlamda herhangi bir besin desteği günlük diyetle alım önerisinin (Recommended Dietary Allowances- RDA) minimum %15'ini karşılayacak şekilde vitamin veya mineral içermelidir.⁷ Ek olarak Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi (European Food Safety Association- EFSA) suplemlerin belirli besin öğelerinin yeterli alımını sağlamak ve böylece beslenme yetersizliklerini düzeltmek amacıyla kullanılabileceğini belirtmiştir. Ancak bazı durumlarda aşırı tüketime bağlı yan etkilerin görülmemesi için güvenli üst alım sınırlarının iyi bilinmesi gerektiğine dikkat çekmiştir.⁸

Diğer yandan besin desteği kullanımının her yıl katlanarak artış gösterdiği bilinmektedir. Türkiye'de vitaminler en çok alınan ilaçlar arasında %7,3 oranı ile beşinci sırada bulunmaktadır. Bu duruma en büyük katkıyı gelişen sağlık sektörüyle beraber vitaminlerin artık eczane dışında (internet siparişi gibi) reçetesiz satın alınması sağlamaktadır. Modern yaşamın bu getirisinin halk sağlığını tehdit edecek koşullara zemin hazırladığı düşünülmektedir.⁹

Mikro besin ögesi desteklerinin kullanım düzeyini ölçmek için ülkemizde 1166 (526 erkek ve 640 kız) üniversite öğrencisi üzerine yapılan bir çalışmada %40,8'inin sağlıklı olmak için vitamin-mineral desteği kullandığı tespit edilmiştir.¹⁰

İstanbul'da 4 farklı sosyokültürel yapıya sahip yerleşim bölgesinden alınarak 1000 kişi ile yapılan başka bir çalışmada bireylerin vitamin ve mineral kullanım alışkanlıkları araştırılmış ve büyük çoğunluğun düzenli olmamakla birlikte vitamin kullandığı saptanmıştır.¹¹

Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen başka bir çalışmada 9,132 katılımcı

ile 3 yılda tamamlanan araştırma sonucunda bireylerin yaklaşık olarak yarısının besin desteği kullandığı, ileri yaştakilerin besin desteği kullanma eğiliminin yüksek, obez bireylerin ise düşük olduğu görülmüştür.¹²

Tayvan'da 2005-2008 yılları arasında yürütülen yaşları 65 ve üzeri olan 914 katılımcıyla gerçekleştirilen çalışmada ise eğitim düzeyi yüksek olanlarla şehir merkezinde yaşayanların daha sık besin desteği aldıkları belirtilmiştir.¹³

Ayrıca Amerika'da düzenli olarak yapılan Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması (National Health and Nutrition Examination Survey- NHANES) verilerine göre; yetişkinlerde düzenli olarak vitamin mineral kullanma sıklığının NHANES I'de % 23 iken, NHANES II 'de % 35, NHANES III'de ise % 40 olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bu çalışmada kadınlarda, eğitim durumu yüksek olanlarda, beden kütle indeksi düşük olanlarda, ileri yaştaki bireylerde, fiziksel aktivite yönünden aktif olanlarda supleman kullanımının daha fazla olduğu belirtilmiştir.¹⁴

Besin Zenginleştirme

Günümüz insanının hızlı yaşam temposu ve bunun bir sonucu olarak tüketimde işlenmiş besinlere olan yoğun talep nedeniyle, günlük beslenmenin yeterli olması amacıyla besinler zenginleştirilmektedir.¹⁵ Bu işlem aynı zamanda besin öğelerinin yetersiz tüketiminden ileri gelen hastalıkları önlemek için genel halk sağlığının iyileştirilmesinde etkili bir yöntemdir. Zenginleştirme politikası, bir takım ülkeler tarafından defalarca denenmiş ve birçoğunda uygulama aşamalarında olumlu sonuçlar elde edilmiştir.¹⁶

Besin zenginleştirme, tarihi çok eskilere dayanan bir uygulamadır. Zenginleştirme 1940'lı yıllarda hız kazanmış ve Besin ve İlaç Örgütü (Food and Drug Administration- FDA) tarafında tiamin, riboflavin, niasin ve demirin gıdalara zenginleştirme amaçlı eklenmesi için uygun prosesler geliştirilmiştir. FDA besin zenginleştirme yöntemini 1980 yılında onaylamıştır.¹⁷ Roma'da 1992 yılında yapılan Uluslararası

Beslenme Konferansı'nda besin zenginleştirmenin mikro besin ögesi malnütrisyonunu önlenmedeki önemi belirtilmiş ve besin zenginleştirme politikasının bir gereklilik olduğu düşüncesinin üzerinde durulmuştur.¹⁸

Gıdalara besin öğelerinin eklenmesini tanımlayan üç terim kullanılmaktadır:

A. Besin Zenginleştirme (Food Fortification)

Besinin yapısında kendiliğinden mevcut olan veya olmayan, bir veya birden fazla elzem besin öğesinin genel nüfusta veya özel risk gruplarında yetersizliğinin iyileştirilmesi veya önüne geçmek amacıyla besinlere daha fazla miktarda eklenmesidir.¹⁹

B. Güçlendirme (Enrichment)

Besin zenginleştirme ile paralel olarak da kullanılmaktadır.¹⁸

C. Yerine Koyma (Restoration)

Gıda sanayisinde; üretim, depolama ve işleme basamaklarında yok olan elzem besin öğelerinin işlem öncesi miktarınca tekrar eklenmesi ve eski içeriğine kavuşturulmasıdır.¹⁷

Besin zenginleştirme, mikro besin ögesi malnütrisyonunun önüne geçebilmek amacıyla uygulanan önemli bir yöntemdir. Zenginleştirme politikasında göz önünde tutulması zorunlu bazı ilkeler vardır. WHO'nun 2006 yılında yayınladığı "Mikronütrientlerle Besin Zenginleştirme Rehberi"nde bu ilkelere yer verilmiştir. Bunlardan ilki; zenginleştirilmesi düşünülen besinin toplum tarafından sıklıkla tüketiliyor olmasıdır.²⁰ Böylece söz konusu beslenme sorununa daha çabuk etki edebilir. Örneğin; tüm dünyada hemen hemen her ülkede temel gıda kabul edilmesi sebebiyle tahıl grubunu oluşturan yiyecekler sıklıkla zenginleştirilen ürünlerdir ve günlük gereksinimin yaklaşık yarısını sağlamaktadır. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) verilerine göre her gün beyaz ekmek çeşitlerini tüketenlerin yüzdesi %85,4 iken tam tahıl ekmeklerini tüketenlerin yüzdesi ise %16,1 olarak bulunmuştur. Haftada 1-2 kez pirinç, bulgur,

makarna vb. tahılları tüketenlerin oranı %30,6 iken, haftada 3-4 kez tüketenler %28,3 ve her gün tüketenler %22,3 olarak bulunmuştur.²¹

Yine sofralardan eksik olmaması sebebiyle çok sık tüketilen tuzun iyotla zenginleştirilmesi, ülkemizde 1998 Temmuz ayından itibaren yönetmelik gereği zorunlu kılınmıştır.¹⁵ Besin zenginleştirme ilkeleri bu kadarla sınırlı değildir. Zenginleştirme yapılacak besinin sık tüketiliyor olmasının yanı sıra tüketildiğinde yetersizlik sorununu düzeltebilmesi, tüketici tarafından kabul edilmesi, güvenilirliğinin denetlenmesi ve raf ömrünü de kısaltmaması sağlanmalıdır. Ayrıca zenginleştirme işlemi için maliyetinin uygun, teknolojisinin ve işleme olanaklarının da elverişli olması gereklidir.²⁰

Besin zenginleştirmenin nasıl yapıldığının önemi kadar zenginleştirilmiş besin tüketimi de düşünülmelidir. Ankara'da zenginleştirilmiş besin seçimini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan bir çalışmada 19-65 yaş arası bireylerin % 35,1'i besin seçiminde zenginleştirilmiş besinleri tüketmeye özen gösterdiği saptanmıştır. Bireylerin gelir, eğitim durumu ve cinsiyeti ile zenginleştirilmiş besin seçimleri arasında anlamlı bir fark bulunamazken zenginleştirilmiş gıda seçiminde en fazla tercih edilen besin öğelerinin sırasıyla B12 vitamini (% 43,3), kalsiyum (%37,3) ve C vitamini olduğu dikkat çekmiştir.²²

Vücudun gereksinim duyduğu mikro besin öğelerinin her birinden yeterli düzeyde vücuda alabilmek için yeterli ve dengeli beslenme ilk koşuldur. Mevcut sağlığın devamının sağlanması ve kronik hastalıkların görülme sıklığının minimuma indirilmesi için besin çeşitliliğinin sağlanarak uygun miktarda besin ögesi alımı son derece önemlidir. Özellikle günlük beslenmemizde yeterli ve dengeli bir diyet örüntüsü sayesinde besin desteği kullanımına ihtiyaç duymadan makro ve mikro besin öğelerini en uygun düzeyde alabilmemiz mümkündür.²³

Günümüzde çoğu insan kendi istekleri doğrultusunda beslenme programlarını oluşturmak, sağlığı geliştirmek veya mevcut

hastalıklarını ilaçsız tedavi etmek amacıyla besin desteği kullanmaktadır. Yapılan araştırmalarda, tüm dünyada vitamin ve mineral besin desteği kullanımının oldukça yaygın ve kontrolsüz bir şekilde gerçekleştirildiği dikkat çekmektedir. Böyle bir durumda besin desteği alımının güvenilirliği sorgulanmalıdır. Çünkü hem zenginleştirilmiş besinler hem de besin destekleri/suplemanlar sağladıkları yarara rağmen temel besin gruplarını içeren yeterli ve dengeli bir beslenme planının yerini tutamazlar. Besin destekleri ancak çok düşük kalorili diyetler uygulandığında ya da fizyolojik olarak besin alımının azaldığı zamanlarda (yaşlılık, hastalık gibi) vitamin ve mineral alımında ciddi bir yetersizlik oluşması durumunda kullanılabilir kaynaklardır. Bilinçsiz bir şekilde kulaktan dolma bilgilerle uzmana danışmadan kullanılan besin destekleri özellikle yağda eriyen vitaminlerin (A, D, E ve K) fazla alınmasına bağlı olarak vücutta depolanmasına ve çeşitli toksik etkilere yol açmasına sebep olabilir. Ayrıca bazı vitamin ve minerallerin; besinlerle ve kullanılan bazı ilaçlarla etkileşime girerek olumsuz sonuçlar doğurabileceği ihtimali de göz ardı edilmemelidir.

Mikro besin öğelerinin fazla alınması durumunda gelişebilecek yan etkilere karşı da önlem almak gerekmektedir. Olası yan etkiler; sinir sistemiyle ilgili bozukluklar, gastrointestinal sancılar, karaciğerde aşırı birikime bağlı toksisite, doğum anomalileri ve ilaç etkileşimleri olabilir.²⁴

Amerika Diyet Supleman Etiketleme Komisyonu, tüketicilerin uygun seçim yapmaları konusunda onlara doğru yolu göstermeleri için sağlık ve beslenme uzmanlarının besin destekleri (supleman) hakkında daha fazla bilgiye sahip olmalarının önemli olduğunu ifade etmiştir.²⁵

Besin zenginleştirmenin belirli prensipler altında gerçekleştirilme zorunluluğu olduğu gibi besin destekleri de gerekli merciler tarafından kontrol altına alınmalıdır. Piyasaya sunulan besin desteklerinin etiketlenmesi işleminin gıda kodeksi standartlarına göre yapılması gerekmektedir. Ayrıca ürün adı yazılırken besin desteği olduğu belirtilmeli ve içerdiği vitamin ve minerallere etiket kısmında açıkça yer verilmelidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yetersizliğin önüne geçmede ilk adım; bireysel beslenme programının geliştirilmesi yoluyla doğal kaynaklardan yetersizliğin önüne geçmektir. Özellikle kalori alımının çok düşük olduğu diyetlerde bu gereksinimin besinlerle karşılanması kolay olmayabilir ya da bazı besinlere karşı aşırı hassasiyete sahip olan, her besini tüketemeyen kişilerde (örneğin yaşlılarda, vejeteryenlerde) destek ürün kullanımı tercih edilebilir. Burada önemli olan var olan beslenme sorununu ve uygulanacak yöntemin etkili olup olmayacağının iyi değerlendirilmesidir.

Eğer mikro besin ögesi malnütrisyonu olarak adlandırdığımız vitamin ve mineral yetersizlikleri bireye özgü ise eksikliğe yönelik vitamin ve/veya mineral ya da her

ikisinin uygun bir şekilde kombine edildiği besin destekleri bir uzmana danışılarak ve üst alım düzeyleri göz önünde bulundurularak uygun dozlarda verilebilir. Ancak görülen yetersizlik toplumda sık prevalansa sahipse yine toplumda sık tüketilen besin grupları hedef alınarak yetkili kurum ve kuruluşlarca yasal izinler doğrultusunda gerçekleştirilecek besin zenginleştirme yöntemi yetersizlik durumunu ortadan kaldırmak için daha etkili bir yöntem olacaktır. Ayrıca bireysel besin desteği kullanımıyla karşılaştırıldığında daha güvenli ve de daha ekonomik bir yol olduğu görülmektedir.

Tüm bilgiler neticesinde besin desteğinin (suplementasyon), bireye yönelik kısa dönemli bir uygulama, besin zenginleştirmenin ise topluma yönelik halk

sağlığını korumayı amaçlayan orta ve uzun
dönemde etkili olacak bir uygulama olduğu

görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Pekcan, G. (2001). Vitamin ve Mineral Yetersizliklerinin Önlenmesinde Besin Desteği. I.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongresi, Ankara.
2. Uluslar arası Gizli Açlık Kongresi. (2015)Erişim: <http://www.sabriulkervakfi.org/GizliAclik>, (21.02.2017)
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2008). "Besin Desteđleri Kullanılmalı mı?". Ankara. Yayın No: 727.
4. FAO/ILSI. (1997). Preventing Micronutrient Malnutrition: A Guide to Food-based Approaches. A Manual for Policy Makers and Programme Planners.
5. Dietary Supplement Health and Education Act. (1994). Erişim: https://ods.od.nih.gov/About/DSHEA_Wording.aspx#sec3, (18.01.2017).
6. Zeissel, SH. (2000). Is there a metabolic basis for dietary supplementation? Am. J. Clin.Nutr, 72 (Suppl): 507-11.
7. WHO/FAO. (2004) Codex Alimentarius Commission Report of the 27. session Geneva.
8. (EFSA, Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi, 2002): kuruma atf
9. Yolcu, H ve ark. (2012) MÜSİAD Sağlık Sektör Kurulu Raporu. İstanbul.Erişim: http://www.musiad.org.tr/F/Root/Pdf/Ara%C5%9Ft%C4%B1rma%20Raporlar%C4%B1/Sekt%C3%B6r%20Raporlar%C4%B1/Saglik_Sektor_Kurulu_Raporu_2012.pdf, (20.01.2017).
10. Keser, A, Yabancı, N, Öztürk, ME. (2014). Üniversite Öğrencilerinin Vitamin ve Mineral Desteği Kullanım Durumları. Sağlık Bilimleri Dergisi, (23): 108-113.
11. Coşkun, F, Turhan, H. (2010). İstanbul'da Vitamin Kullanım Alışkanlıkları ve Bu Alışkanlıkları Etkileyen Faktörler Üzerine Bir Araştırma. Marmara Eczacılık Dergisi, (14): 21-28.
12. Bailey, RL, Gahche, JJ, Lentino, CV, Dwyer, JT, Engel, JS, Thomas, PR, Betz, JM, Sempos, CT, Picciano, MF. (2011). Dietary supplement use in the United States, 2003–2006. The Journal of Nutrition,141(2): 261-6.
13. Chen, SY, Lin, JR, Chen, TH, Guo, SG, Kao, MD, Pan, WH. (2011). Dietary supplements usage among elderly Taiwanese during 2005-2008. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition, 20(2): 327.
14. Radimer, K, Bindewald, B, Hughes, J, Ervin, B, Swanson C, Picciano, MF. (2004). Dietary supplement use by US adults: data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2000. Am J Epidemiol, (160): 339-49.
15. Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu. (2003). Yayın No: 2670. ISBN:975 – 19 – 3340-0
16. (TUSAF, Türkiye Un Sanayicileri Federasyonu, 2004): kuruma atf
17. FAO. (1995). Nutrition Education for the Public. FAO Food and Nutrition Paper 59, Rome.
18. FAO/WHO. (1992) "World Declaration and Plan of Action for Nutrition.1992". International Conference on Nutrition, Rome. (ICN/92/2).
19. FAO/WHO. (1994). Codex Alimentarius, Volume 4.
20. WHO, FAO. (2006). Guidelines on food fortification with micronutrients. Edit: Allen L, Bruno B, Dary O, Hurrell R. Geneva.
21. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması. (2010). Erişim: http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf, (21.01.2017).
22. Pazarbaşı, İ, Gümüş, D, Çerçi, A, Çakmak, A. (2001). Ankara'da İkamet Eden 19-65 Yaş Arası Bireylerin Besin Seçimlerinde Zenginleşirmenin Besin Eğilimlerinin Saptanmasına Yönelik Çalışma. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal, Vol 1, No Suppl1.
23. Positions of The American Dietetic Association. (2005). Fortification and Nutritional Supplements. J American Dietetic Assoc, 105(8);1300-1311.
24. Al-Naggar, AR, Chen, R. (2011). Prevalence of vitamin-mineral supplements use and associated factors among young Malaysians. Asian Pacific Journal Cancer Prevention, (12): 1023-1029.
25. Commission on Dietary Supplement Labels. (1997). Report to the President, Congress, and the Secretary of the Department of Health and Human Services. Commission on Dietary Supplement Labels/Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Govt. Printing Office, Washington D.C. 1997.

SMALL BOWEL DISEASES REQUIRING EMERGENCY SURGICAL INTERVENTION

ACİL CERRAHİ GİRİŞİM GEREKTİREN İNCE BARSAK HASTALIKLARI

Erdal UYSAL¹, Hasan BAKIR¹, Ahmet GÜRER², Başar AKSOY¹

ABSTRACT

In our study, it was aimed to determine the main indications requiring emergency surgical interventions in small intestines in daily practices of surgeons, and to analyze the data in parallel with the literature. 127 patients, who underwent emergency surgical intervention in our center due to small intestinal disease, were involved in this study. The data were obtained by retrospectively examining the files and computer records of the patients. Of the patients, demographical characteristics, diagnoses, performed emergency surgical interventions, and mortality parameters were recorded. The electively operated patients and those having no insulated small intestinal disease were excluded. The numeric variables are expressed as mean \pm standard deviation. The mean age of patients was 50.3 \pm 19.2 years. The portion of females to males was 0.58. The most frequent emergency surgical intervention was the interventions that were performed due to small intestinal obstruction in 61 (48%) patients. The most frequent reason for small intestinal obstruction was found to be the lesions. Following the small intestinal obstruction, other most frequent reasons were small intestinal perforation in 28 (22%) patients, mesentery ischemia in 18 (14%) patients, malign neoplasia in 9 (7%) patients, chron disease in 8 (6%) patients, and benign neoplasms in 3 (2%) patients. The most frequently performed operations were adhesiolysis (bridectomy), small intestine resection and anastomose, and enterostomy, respectively. The total number of mortality was found to be 7 (5%). The cause of mortality was observed to be mesentery ischemia in 5 patients, followed by small intestinal perforation in 2 patients. The most frequently performed emergency surgical intervention is the operation performed due to small intestinal obstruction. The most frequent cause of obstructions was the postoperative adhesions. The most frequent cause of the small intestinal perforations was the perforations due to blunt and penetrant traumas. Lymphoma was found to be the most frequently seen small intestinal tumor. The acute mesentery ischemia was found to be the small intestinal disease with highest mortality rate. The most frequently performed operation was small intestinal resection and anastomosis.

Keywords: Emergencies, Intestine, Small, Surgery, Intestinal Obstruction, Neoplasms

ÖZET

Çalışmamızda cerrahların günlük pratiklerinde, ince barsakta acil cerrahi girişim gerektiren ana endikasyonları belirlemek, literatür desteğinde verileri analiz etmek amaçlanmıştır. Merkezimizde ince barsak hastalığı nedeniyle acil cerrahi girişim uygulanan 127 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastaların dosya ve bilgisayar kayıtları retrospektif olarak incelenerek veriler elde edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, tanıları, yapılan cerrahi girişimler ve mortalite parametreleri kayıt altına alındı. Elektif opere edilen hastalar ve izole incebarsak hastalığı olmayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Rakamsal değişkenler ise ortalama \pm standart sapma olarak verildi.

Hastaların ortalama yaşları 50.3 \pm 19.2 idi. Kadın erkek oranı 0.58 idi. En sık acil cerrahi girişim 61 (%48) hasta ile ince barsak obstruksiyonu nedeniyle yapıldı. En sık ince barsak obstruksiyonu nedeni olarak adezyonlar bulundu. İnce barsak obstruksiyonlarından sonra en sık acil girişim gerektiren nedenler sırasıyla 28 (%22) hasta ile ince barsak perforasyonları, 18 (%14) hasta mezenter iskemi, 9 (%7) hasta malign neoplaziler ve 8 (%6) hastada chron hastalığına, 3 (%2) hastada benign neoplazmlara bağlıydı. Hastalara en sık yapılan operasyonlar adezyolizis (bridektomi), ince barsak rezeksiyonu ve anastomoz, enterostomi idi. Toplam mortalite sayısı 7 (%5) olarak bulundu. Beş hastada mortalite nedeni mezenter iskemiye bağlı görüldü. Bunu 2 hasta ile ince barsak perforasyonu izledi.

En sık acil cerrahi girişim ince barsak obstruksiyonları nedeniyle olmaktadır. Obstruksiyonların en sık sebebi ise postoperative adezyonlardı. İnce barsak perforasyonlarının en sık sebebi künt ve penetran travmalara bağlı perforasyonlardı. Lenfomalar en sık görülen malign ince barsak tümörü olarak bulundu. Akut mezenter iskemi en fazla mortalitenin görüldüğü ince barsak hastalığı olarak bulundu. En sık yapılan cerrahi girişim ince barsak rezeksiyon ve anastomozu idi.

Anahtar Kelimeler: Acil, İnce barsak, Cerrahi, İntestinal Obstruksiyon, Neoplazi,

¹ Yrd. Doç. Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

² Uzm. Dr. Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı.

INTRODUCTION AND OBJECTIVE

Nowadays, the surgical interventions to small intestines still constitute a problem. The most important reason for this is that the small intestines are affected from a wide range of diseases. Moreover, small intestine is a complex organ having many important tasks such as digestion, absorbing, secretion, and endocrine function. For this reason, the small intestinal diseases may lead to life-threatening clinic conditions. Some of the small intestinal diseases are treated medically, while some others may require surgical treatment. Emergency surgical interventions are performed due to mechanical obstruction, perforation, ischemia, inflammatory intestinal disease, and tumors.

The small intestinal obstruction is the most frequent cause of emergency surgical intervention. The rate of emergency surgical intervention is 16%.¹ The most frequent cause of small intestinal obstruction is the postoperative adhesions.² Among other causes, the hernias, invagination, tumors, parasites, and volvulus can be given as examples.^{3, 4} Small intestinal perforation is another cause of emergency surgical intervention. Delayed diagnosis and treatment lead to the increase in mortality. The most frequent causes for the perforations are the ischemia, foreign bodies, tumors, blunt and penetrant trauma, iatrogenic injuries, and diverticulitis.⁵⁻⁹

Small intestinal tumors constitute 1% of all the gastrointestinal tumors. Despite that they are observed very rarely, they may lead to life-threatening conditions such as

obstruction, perforation, and hemorrhage. Lymphomas, neuro-endocrinal tumors, sarcomas, and adenocarcinomas are the tumors that are seen in small intestines and may lead to the highest rate of emergency surgical intervention.¹⁰ Furthermore, leiomyomas and metastatic tumors may also lead to emergency surgical intervention to the small intestines.¹¹⁻¹³

Chron disease is another important disease requiring emergency intervention in small intestines. Even though its main therapy is medical, the causes such as hemorrhage, perforation, and structure may also require emergency surgical interventions.^{14, 15}

Acute mesenteric ischemia is a rare clinic condition constituting 1 of every 1000 applications to the hospital. The most frequent reason for it is the obstruction of superior mesenteric artery or its branches due thromboembolism. Immediate diagnosis and treatment decrease the mortality and morbidity rates. The main treatment is performed via interventional radiology, while the emergency surgical intervention is required in cases such as acute abdomen, perforation or necrosis.¹⁶ Other rare causes of emergency surgical interventions are Meckel's diverticulitis and jejunoileal diverticulosis.^{17, 18}

In our study, it was aimed to determine the main indications requiring emergency surgical intervention to small intestines in daily routines of surgeons, and to analyze the data with the support of literature. In parallel with this objective, our clinic experiences are shared.

MATERIAL AND METHOD

127 patients, who underwent emergency surgical intervention in our center due to small intestinal disease between 2015 and 2016, were involved in this study. The data were obtained by retrospectively examining the files and computer records of the patients. Of the patients, demographical characteristics, diagnoses, performed emergency surgical interventions, and mortality parameters were recorded. The electively operated patients and those having

no insulated small intestinal disease were excluded. The duodenal diseases were not involved. The patients were operated by 4 general surgeons working at our center. The numbers of cases are presented without any statistical comparison between the groups. The numeric variables are expressed as mean±standard deviation. Ethical approval was not required because of the retrospective study.

RESULTS AND DISCUSSION

Mean age of the patients was 50.3±19.2 years. The portion of females to males was 0.58. The characteristics of patients are presented in Table 1.

Table 1. Characteristics of the patients

Characteristics of the	patients
Female/Male	0.58
Mean Age	50.3±19.2
Duration of hospital stay (day)	12.1±9.4
Mean operation time (hour)	2.3±1.2
Total mortality n (%)	7 (5.5)

Result were given mean ±standard deviation

While 120 of the patients were taken into emergency operation by hospitalizing in emergency service or polyclinic, 7 patients were taken into operation due to small intestinal pathology developing after the primary intervention. Of these, 2 were due to iatrogenic injury and 5 were due to post-operative early-phase ileus. The most frequent diagnosis tool was computerized abdominal tomography. 15 of the patients

were diagnosed with physical examinations and conventional graphs. The most frequently performed emergency surgical intervention was performed due to the small intestinal obstruction. The most frequent reason for the small intestinal obstruction was found to be the adhesions. Following the small intestinal obstructions, other most frequent causes of emergency surgical intervention are small intestinal perforations, mesentery ischemia, neoplasia, and chron disease. The most frequently performed operations were adhesiolysis (bridectomy), small intestine resection and anastomose, and enterostomy, respectively. The total number of mortality was found to be 7 (5%). The cause of mortality was observed to be mesentery ischemia in 5 patients, followed by small intestinal perforation in 2 patients. Small bowel pathologies requiring emergency surgical intervention are presented in Table 2.

Table 2. Small bowel pathologies requiring emergency surgical intervention

Pathology	n	%
Small Bowel Obstruction		
Postoperative Adhesion	38	30
Strangulated hernia	14	11
Intussusception	3	3.1
Volvulus	4	2.3
Foreign bodies	1	0.78
Tumor	1	0.78
Small Bowel Perforation		
Ileus secondary to perforation	5	3.9
Blunt Trauma	5	3.9
Foreign bodies	4	3.1
Penetrating trauma	4	3.1
Weapons Injury	4	3.1
Ischemia	3	2.3
Iatrogenic injury	2	1.6
Tumor	1	0.78
Small Bowel Tumor		
Malignant		
Lymphoma	3	2.3
Adenocarcinoma	2	1.6
Metastatic	2	1.6
Neuroendocrine	1	0.78
Leiomyosarcoma	1	0.78
Benign		
Adenoma	2	1.6
Leiomyoma	1	0.78
Mesenteric ischemia	18	14.1
Crohn's Disease	8	6.2
Total	127	100

The reasons for the surgical interventions to small intestines cover a wide range of diseases. It is very important to protect this vital organ during the surgical interventions. In cases, where the small intestines cannot be protected, the small intestinal syndromes may appear. For this reason, the sensitive balance between the treatment of primary diseases and the protection of small intestines should be ensured.

The leading one of diseases requiring emergency surgical intervention is the mechanical obstruction of small intestines. A delay in diagnosis and treatment may lead to ischemia, necrosis, and perforation. The main cause of the mechanical obstruction of small intestines in adults is the adhesions and inguinal hernia.¹⁹ In developed countries, 67-75% of the small intestinal obstructions are

constituted by the adhesions.^{20, 21} In our study, among the small intestinal diseases requiring emergency surgical intervention, the small intestinal obstruction took first place with 61 (48%) patients. The most frequent cause of small intestinal obstruction was found to be the adhesions in 38 (62%) patients. Our findings were in harmony with the literature.

In 14 of the patients, the cause of small intestinal obstruction was found to be the incarcerated hernia in frontal abdominal wall. The most frequent strangulation was observed in inguinal hernias. In 2 of these patients, the incarceration belonged to femoral hernia. Others were caused from incisional hernia, umbilical hernia, and internal herniation, respectively. Also the rare cases resulting in small intestinal obstruction such as paraduodenal and lumbar hernia have also been reported.^{22, 23} But, in our study, no lumbar or paraduodenal hernia was observed in any of the patients.

In 7 of the patients underwent emergency surgical intervention due to small intestinal obstruction, the cause was related with small intestinal invagination and volvulus. Small intestinal volvulus was observed in 4 patients. In a study, it has been reported that small intestinal volvulus represents less than 5% of all the intestinal obstructions and 25% of all the small intestinal obstructions.^{24, 25} In a study examining the adult intussuscepts, it has been determined that 5% of all the intussusceptions were observed among adult individuals and these 5% of the intestinal intussusceptions were causes of the intestinal obstruction.^{26, 27} The findings of our study were in harmony with literature data.

Among the patients having no strangulation, perforation and complete obstruction in adhesion-caused mechanical obstruction of small intestines, who couldn't be healed via 48h conservative follow-up and medical treatment, the emergency surgical intervention is necessary in cases of increases in clinic symptoms.²⁸ In our study, the mean conservative follow-up duration in adhesion-related small intestinal obstructions was

found to be 28 ± 2.1 hours. As the surgical intervention, the recommended surgical methods are adhesiolysis and resection to inviable segments.²⁹ While the most frequently used method in our study was adhesiolysis, the small intestinal resection and anastomosis was applied to 6 patients, jujunostomia to 1 patient, and ileostomy to 2 patients.

The small intestinal perforations may develop due to various reasons. In our study, the small intestinal perforations developing secondary to blunt and penetrant trauma and the small intestinal perforations developing secondary to ileus were found to be the most frequent causes. The delayed diagnosis and treatment in small intestinal perforations decrease the mortality rate. The blunt-trauma-related small intestinal perforations are observed rarely.³⁰ In our study, in contrast with the literature, it was found to be one of the most frequently observed perforation causes. The small intestinal perforations related to the swallow of foreign body is very rare at the rate of $<1\%$.⁸ In our study, there were 4 perforation cases caused from foreign body swallow. The small intestinal perforations rarely develop due to the tumors.³¹ In our study, the perforation was observed in 1 patient with small intestinal adenocarcinoma. The iatrogenic small intestinal injuries are among the reasons for small intestinal perforations. In a study, the rate of intestinal injury after the laparoscopic cholecystectomy has been found to be 0.07–0.7%.³² In our study, the iatrogenic injury of small intestines developed only in 2 patients, one with laparoscopic cholecystectomy and one with laparoscopic ventral hernia restoration. The primary restoration and the drainage were performed in small intestinal perforations most frequently. The small intestinal resection and anastomosis were performed for 9 of the patients, while jujunostomy was performed for 1 patient and ileostomy for 4 patients.

Malign small intestinal tumors are observed very rarely. Many various histological types of malign tumors can be

seen in small intestines. But the adenocarcinoma, leiomyosarcoma, neuroendocrine tumors, lymphoma and sarcoma constitute the majority of cases.¹⁰ In our study, the small intestinal lymphoma was found to be the most frequent malign tumor type with 3 patients. It is followed by the small intestinal adenocarcinoma with 2 patients. Since the small intestinal tumors have no specific symptom or clinic condition, the delays in diagnosis may occur. The diagnosis can be made through the symptoms such as obstruction, perforation and hemorrhage.^{10, 33} In our study, the small intestinal tumors were observed in 1 patient due to small intestinal obstruction and 1 patient due to small intestinal perforation. But, leiomyomasarcoma is a very rarely-seen malign tumor.¹¹ It was observed in only one of the patients in our study. The metastatic tumors may appear due to small intestinal perforation or obstruction.¹³ In our study, the tumoral masses metastatic small intestines were found only in 2 patients. In one of the cases, the metastasis was due to lung cancer, and it was due to the epithelial malign tumor with unknown primary focus in other case. The incidence of neuroendocrine tumors in small intestines is approximately 0.7%.¹² In our study, jujunal neuroendocrine tumor was observed in 1 patient. Plasmablastic lymphoma and gastrointestinal stromal tumors can also be seen in small intestines.³⁴ One patient having recurrent hemorrhage attacks was operated due to leiomyoma and 2 patients with partial small intestinal obstruction were operated due to adenoma.

Acute mesentery ischemia is a rarely seen clinic condition observed in 1 of every 1000 applications to hospital.²⁹ Arterial embolism is the main cause of acute mesentery ischemia. Angiography plays important role in both of diagnosis and treatment.³⁵ But, in advanced ischemia cases, the intestinal necrosis and perforation may develop. In such cases accompanied by the acute abdomen symptoms, the surgical treatment is preferred.³⁶ In our study, emergency surgical intervention was performed due to acute

mesenteric ischemia for 18 patients. 5 of these patients had small intestinal necrosis. Mortality was observed in postoperative period in these 5 patients. While 8 patients having segmentary small intestinal necrosis were treated with resection and anastomosis, ileostomy or jujunostomy was applied together with resection for 5 patients.

Chron disease is the most important cause requiring emergency surgical intervention in small intestines.¹⁵ Hemorrhage, perforation, and intestinal obstruction are the most important emergency surgical intervention cause related with chron disease. The incidence of perforations due to chron disease varies between 1 and 3%.²⁹ While resection anastomosis can be preferred for suitable patients, the diversion can be preferred for non-suitable patients. In our study, the resection anastomosis was applied to one of 2 patients with perforation, while

ileostomy was applied together with resection in other patient. Small intestinal obstructions affect 35-54% of chron patients.¹⁴ Resection or structuroplasty is the preferred treatment. Of 6 patients with obstruction symptoms but not responding to medical treatment, resection and anastomosis were applied to 4 patients, and structuroplasty was applied to 2 patients. The small intestinal diseases requiring emergency surgical intervention cover a wide range of diseases. Since many diseases have no specific symptom or clinic finding, the delays may occur in diagnoses. The delays in diagnoses and treatments may increase the mortality and morbidity. Among the patients applying with non-specific symptoms such as stomachache, vomiting and abdominal distention, the small intestinal diseases should be kept in mind.

CONCLUSION AND SUGGESTIONS

The most frequent cause of emergency surgical interventions is due to small intestinal obstructions. The most frequent cause of the obstructions is the postoperative adhesions. The most frequent cause was the perforations due to blunt and penetrant trauma. Lymphomas were found to be the

most frequently seen small intestinal tumors. The acute mesentery ischemia was found to be the small intestinal disease with highest rate of mortality. The most frequently performed surgical intervention was the small intestinal resection and anastomosis.

REFERENCES

1. Miron A, Giulea C, Nadragea M, Enciu O. (2016).The Laparoscopic Approach of Small Bowel Obstruction – The Experience of a Primary Center. *Chirurgia (Bucur)*, 111:126-30.
2. Parker C, Ellis H, Moran BJ. (2001). Postoperative adhesions: ten-year followup of 12,584 patients undergoing lower abdominal surgery. *Dis Colon Rectum*, 44:822-830.
3. Diaz Jr JJ, Bokhari F, Mowery NT, Acosta JA, Block EF, Bromberg WJ, et al. (2008). Guidelines for management of small bowel obstruction. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 64:1651-64.
4. Coşkun A, Özcan N, Durak AC, Tolu I, Güleç M, Turan C. (1996). Intestinal ascariasis as a cause of bowel obstruction in two patients: sonographic diagnosis *J Clin Ultrasound*, 24:326-8.
5. Rangaswamy R, Badai SK, Urugesan SM, Singh CG, Singh HM. (2016). Ingested Sharp Bone Fragment: An Unusual Cause of Acute Bowel Obstruction- Case Report. *J Clin Diagn Res*, 10:25-6.
6. Hamidian Jahromi A, Johnson L, Youssef AM. (2016). Delayed small bowel perforation following blunt abdominal trauma: A case report and review of the literature. *Asian J Surg*, 39:109-12.
7. Browne IL, Dixon E. (2016). Delayed jejunal perforation after laparoscopic cholecystectomy. *J Surg Case Rep*, 2016. pii: rjw017.
8. Choi Y, Kim G, Shim C, Kim D, Kim D. (2014). Peritonitis with small bowel perforation caused by a fish bone in a healthy patient. *World J Gastroenterol*, 20:1626-9.
9. Mothes H, Koeppen J, Bayer O, Richter M, Kabisch B, Schwarzkopf D, et al. (2016). Acute mesenteric ischemia following cardiovascular surgery - A nested case-control study. *Int J Surg*, 26:79-85.
10. Reynolds I, Healy P, McNamara DA. (2014). Malignant tumours of the small intestine. *Surgeon*, 12:263-70.
11. Guzel T, Mech K, Mazurkiewicz M, Dąbrowski B, Lech G, Chaber A, et al. (2016). A very rare case of a small bowel leiomyosarcoma leading to ileocaecal intussusception treated with a laparoscopic resection: a case report and a literature review. *World J Surg Oncol*;14:48.
12. Xavier S, Rosa B, Cotter J. (2016). Small bowel neuroendocrine tumors: From pathophysiology to clinical approach. *World J Gastrointest Pathophysiol*, 7:117-24.
13. Chino O, Makuuchi H, Ozawa S, Shimada H, Nishi T, Yamamoto S, et al. (2015). Small Intestinal Metastasis from Esophageal Squamous Cell Carcinoma Presenting with Perforated Peritonitis. *Tokai J Exp Clin Med*,40:63-8.

14. Berg DF, Bahadursingh AM, Kaminski DL. (2002). Acute surgical emergencies in inflammatory bowel disease. *Am J Surg*, 184:45-51.
15. Leowardi C, Heuschen G, Kienle P, Heuschen U. (2003). Surgical treatment of severe inflammatory bowel disease. *Dig Dis*, 21:54-62.
16. Lock G. (2001). Acute intestinal ischaemia. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 15:83-98.
17. Sagar J, Kumar V, Shah DK. (2006). J R Meckel's diverticulum: a systematic review. *Soc Med*, 99:501-505.
18. Liu CY, Chang W, Lin S. (2005). Analysis of clinical manifestations of symptomatic acquired jejunoileal diverticular disease. *World J Gastroenterol*, 11:5557-60.
19. Norton JA, Bollinger RR, Chang AE. *Surgery. Basic science and clinical evidence*. Springer-Verlag New York, Inc.; 2001.
20. ten Broek RP, Issa Y, van Santbrink EJ, Bouvy ND, Kruitwagen RF, Jeekel J, et al. (2013). Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 347: 5588.
21. Catena F, Di Saverio S, Kelly MD. (2011). Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2010 evidence-based guidelines of the World Society of Emergency Surgery. *World J Emerg Surg*, 6:5.
22. Akrami M, Karami M, Zangouri V, Deilami I, Maalhigh M. (2016). Small Bowel Obstruction Secondary to Femoral Hernia; Case Report and Review of the Literature. *Bull Emerg Trauma*, 4:51-3.
23. Fokou M, Fotso P, Ngowe Ngowe M, Essomba A, Sosso M. (2014). Strangulated or incarcerated spontaneous lumbar hernia as exceptional cause of intestinal obstruction: case report and review of the literature. *World J Emerg Surg*, 9:44.
24. Brinda MA, Manjunath S, Balasubramanya KS, Nanjaiah B. (2015). An Unusual Case of Small Bowel Volvulus. *J Clin Diagn Res*, 9:08-10.
25. Mahdavi A, Yunesi N. (2007). Small bowel volvulus in a primigravida woman: Case report. *Journal of Family and Reproductive Health*, 1:51-54.
26. Zubaidi A, Al-Saif F, Silverman R. (2006). Adult intussusception: a retrospective review. *Dis Colon Rectum*, 49: 1546-1551.
27. Uysal E, Dokur M, Gürer A, Bakır H, İkidağ M. (2014). Spontaneous ilio-ileal and iliocaecal intussusception in adults: Report of two Cases. *Sakarya medical journal*, 4:43-48.
28. Abbas S, Bisset IP, Parry BR. (2007). Oral water soluble contrast for the management of adhesive small bowel obstruction. *Cochrane database of systematic reviews*, 3:CD004651.
29. Vallicelli C, Coccolini F, Catena F, Ansaloni L, Montori G, Di Saverio S, et al. (2011). Small bowel emergency surgery: literature's review. *World J Emerg Surg*, 6:1.
30. Vertruyen M, Nardini J, Bruyns J. (1995). Isolated perforations of the small bowel from blunt abdominal trauma. Report of two cases and review of the literature. *Acta Chir Belg*, 95:76e80.
31. Uchihara T, Imamura Y, Iwagami S, Kajihara I, Kanemaru H, Karashima R, et al. (2016). Small bowel perforation due to indistinguishable metastasis of angiosarcoma: case report and brief literature review. *Surg Case Rep*, 2:42.
32. Marakis GN, Pavlidis TE, Ballas K, Aimoniotou E, Psarras K, Karvounaris D, et al. (2007). Major complications during laparoscopic cholecystectomy. *Int Surg*, 92:142-6.
33. Säiler J, Zacherl J, Schima W. (2007). MDCT of small bowel tumours. *Cancer Imaging*, 7:224-33.
34. Wang HW, Yang W, Sun JZ, Lu JY, Li M, Sun L. (2012) Plasmablastic lymphoma of the small intestine: case report and literature review. *World J Gastroenterol*, 18:6677-81.
35. Stout CL, Masserchmidt CA, Leake AE, Veale WN, Stokes GK, Panneton JM. (2010). Retrograde open mesenteric stenting for acute mesenteric ischemia is a viable alternative for emergent revascularization. *Vasc Endovascular Surg*, 44:368-371.
36. Knechtle SJ, Davidoff AM, Rice RP. (1990). Pnematosis intestinalis surgical management and clinical outcome. *Ann Surg*, 212:160-165.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İKİNCİL TRAVMATİK STRES SECONDARY TRAUMATIC STRESS IN HEALTH WORKERS

Ayça GÜRKAN¹, Nihan YALÇINER²

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarında görülen ikincil travmatik stres ile ilgili mevcut bilgilerin derlenmesi ve gündeme getirilmesi ile farkındalığın artmasını, gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak, ayrıca yapılacak çalışmalara katkı sunmaktır.

İkincil travmatik stres, bireyin işi nedeniyle stres verici bir olaya maruz kalması sonucunda yaşadığı duygu durumudur. Bir başkasının yaşadığı travmatik olayı dinlemeye bağlı olarak, olayın özellikleri ve şiddeti, dinleyen kişinin etkilenmesine neden olabilmekte ve bu etkilenme sonucunda bireyde ikincil travmatik stres görülebilmektedir.

İkincil travmatik stres belirtileri; sosyal yalnızlaşma, şiddete karşı duyarlılık, ilişkilerin bozulması, kendine yeterliliğin azalması, korku, uyku bozuklukları, olayı hatırlatacak şeylerden kaçınmadır.

İkincil travmadan korunmada; sosyal destek, mesleki süpervizyon, destek grupları, stres azaltıcı programlar, pratikte uygulanan prensiplerin olması, kuramsal bilgi, farkındalık, ilgi alanları, dinlenme, kendisinin ihtiyaçlarını, sınırlarını, kaynaklarını ve imkanlarını tanımak etkili olan yöntemlerdir.

Gerek ülkemizde gerekse yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde, travma yaşayan bireylerle çalışan sağlık profesyonellerinin ikincil travmatik stres yaşadığı görülmektedir. Bu nedenle, riskli gruplarla daha geniş kapsamlı çalışmaların yapılması; gerekli önlemlerin alınmasını sağlayarak, sağlık personelinin iş doyumunu ve motivasyonunu arttıracaktır. Dolayısıyla daha kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: İkincil, Travma, Stres, Sağlık Çalışanları

ABSTRACT

The purpose of this review is to compile available information about secondary traumatic stress in health workers, increase awareness, ensure that necessary measures are taken and contribute to the research.

Secondary traumatic stress, as a result of exposure to a stressful event because of the work of the person is feeling. After listening to someone else traumatic event causes the event to be affected properties and the people who listen to those affected by violence and sensations are called secondary traumatic stress.

Symptoms of secondary traumatic stress are social isolation, sensitivity to violence, the deterioration of relations, reduced self-sufficiency, fear, sleeping disorders and avoid anything that reminds events.

Effective methods of protection from secondary trauma; social support, professional supervision, support groups, stress reduction programs, principles in practice, theoretical knowledge, awareness, interests, rest, recognize needs, border, resource and opportunities.

When we examine the work done in our country and abroad, health professionals working with traumatized people seem to experience secondary traumatic stress. Therefore, wider research with risky groups will increase the job satisfaction and motivation of the health workers by taking necessary measures to make and so better quality health care services will be provided.

Keywords: Secondary, Trauma, Stress, Medical Staffs

* III. Uluslararası ve VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Ankara, 1-3 Eylül 2014, Poster Bildirisi olarak sunulmuştur.

¹Yrd. Doç. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD., ayca.gurkan@gmail.com

²Ar. Gör., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD., nihan.yalciner@ege.edu.tr

İletişim/ Corresponding Author: Nihan YALÇINER
e-posta: nihan.yalciner@ege.edu.tr

Geliş Tarihi / Received : 16.12.2016
Kabul Tarihi / Accepted: 09.03.2017

GİRİŞ VE AMAÇ

Travmatik yaşantılar, ölüm, ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da beden bütünlüğüne yönelik bir tehdidin ortaya çıktığı ve kişinin yaşadığı ya da tanık olduğu olaylardır.¹ Ruhsal travma oluşturan olaylar, benliğin gelişmesini yavaşlatır, durdurur ya da geriletir, kişinin yaşamı ve fiziksel bütünlüğü yanında dünyadaki yeri ve kendisi ile ilgili değerini tehdit eder, kendine ve evrene duyduğu güven duygusunu sarsar.^{2,3} Bireyin temel güven duygusu sarsıldığında, dünya tehlikeli, kendisi de yetersiz olarak algılanır ve kontrol kaybı algısı yaşar. Kontrol kaybı korku, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları, depresyon ve anksiyete ile karakterize bir tabloya neden olmaktadır.^{3,4}

Travma sonrası stres belirtileri sadece olaya doğrudan maruz kalanlarla sınırlı değildir.^{5,6} Bir olaya tanıklık etmek, travmatik bir olayı dinlemek ya da olayla ilgili haberleri duymak da çeşitli düzeylerde kaygı oluşturabilmektedir.

Travmatik olaya doğrudan maruz kalanların yanı sıra;

- ✓ Mağdurların aileleri ve yakınları
- ✓ Arama-kurtarma çalışmalarında görev yapan profesyoneller ve gönüllüler
- ✓ İlk tıbbi müdahaleyi yapan sağlık çalışanları
- ✓ Ruh sağlığı çalışanları
- ✓ Olayın etkilerini medyadan izleyen bireyler de travmadan dolayı olarak etkilenebilmektedir.⁷

Kişiler, yaptıkları işle ilgili olarak yaşadıkları strese psikososyal ve bedensel tepkiler verebilmektedir ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı alıp ruhsal tedaviye gereksinim duyabilmektedir.⁸⁻¹⁰ İnsanlara doğrudan hizmet veren bu grupların karşılaştığı yaşantılar, travmatik olaya doğrudan maruz kalmadıkları için, ikincil travmatik stres ya da dolaylı travma olarak ifade edilmektedir.⁷ Alanyazında, ikincil travmatik stres yerine tükenme, eşduyum yorgunluğu (compassion fatigue), karşıt aktarım, bilişsel değişim gibi terimlerin de kullanıldığı görülmektedir.^{8,11}

Travma yaşamış bireylerle çalışan sağlık profesyonelleri, işe bağlı strese karşı daha duyarlı hale gelmektedir.¹²

Bundan yola çıkılarak yazılan bu araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarında görülen ikincil travmatik stres konusu ile ilgili mevcut bilgilerin derlenmesi ve gündeme getirilmesi ile farkındalığın artmasını ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak, ayrıca yapılacak çalışmalara katkı sunmaktır.

İkincil Travmatik Stres

İkincil travmatik stres kavramına ilk kez 1985 yılında Rosenheck ve Nathan'ın makalelerinde rastlanmıştır ve travmanın bulaşabilirliğini vurgulamak için kullanılmıştır.²

İkincil travmatik stres, bireyin ciddi biçimde strese yol açan bir duruma ya da trajik bir olaya tanık olması, bu olaya ilişkin bilgiye sahip olması ya da işi nedeniyle dolaylı olarak maruz kalması sonucunda yaşadığı duygu durumu ve stres tepkisidir.¹³⁻¹⁵ Travmatik bir olayı dinleyen kişi, olaya doğrudan maruz kalan kişiye karşı gösterdiği empati sonucu mağdurla aynı duyguları yaşayabilir, benzer klinik belirtiler ortaya çıkabilir, tutum ve davranışlarında değişiklikler görülebilir.^{9,11,16}

İkincil travmatik stres, travmaya uğramış insanlara birincil derecede hizmet verenlerde bir mesleki tehlike olarak görünür hale gelmektedir ve diğer sağlık çalışanlarına göre daha belirgin olarak ruhsal zorlanma yaşadıkları belirlenmiştir.^{8,17} Son yıllarda ikincil travmatik stres sağlık çalışanlarında, arama kurtarma ekiplerinde, terapistlerde, sosyal çalışmacılarda, itfaiye çalışanlarında araştırılmıştır.^{11,17,18-22}

Alan yazın incelendiğinde; kronik hastalığı olan bireylerle çalışan hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog gibi profesyonel meslek üyelerinde ikincil travmatik stresin daha çok yaşandığı görülmektedir.^{17,23-25}

Zara ve İçöz ruh sağlığı çalışanları ile yaptığı çalışma da, katılımcıların %44,9'unun ortalamasının üzerinde ikincil travmatik stres, %25,4'ünün yüksek seviyede ikincil travmatik stres yaşadığı belirlenmiştir. Ayrıca bireylerin özellikle başkasına saygı ve öz güven alanlarında daha fazla bozulma yaşadıkları ve Türkiye'nin doğu ve güneydoğusunda çalışan profesyonellerde ikincil travmatik stres yaşama riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur.²⁶

Çolak ve ark. (2012) çocuk istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında ortaya çıkan TSSB belirtilerinin ikincil travmatik strese bağlı bilişsel değişikliklerle ilişkili olduğunu belirtmiştir.⁹

İkincil travmatik stres ile tükenmişlik arasındaki farklara bakıldığında; ikincil travmatik stresin gelişiminde travmaya uğramış bir mağdur ile iletişim gerekliken, tükenmişlikte travmatik bir olay gerekli değildir. Başka bir deyişle; ikincil travmatik stres özellikle travmalara müdahale eden meslek gruplarına özgü bir durum iken, tükenmişlik kişilerarası ilişkilerin ve iş yeri koşullarının stres yarattığı her türlü işte görülebilmektedir. Diğer bir farklılık; prognozları ile ilgilidir. İkincil travmatik stres semptomları profesyonel destek ile hızlı şekilde azalırken, tükenmişlikte iyileşmeye karşı direnç vardır.^{27,28} Tükenmişlik iş ile ilgiliyken, ikincil travmatik stres hastalarla ilgilidir.²⁹

Adams ve ark.'nın (2008) çalışmasında, 11 Eylül saldırısına uğramış kişileri takip eden sosyal çalışmacıların tükenmişlik düzeyleri etkilenmezken, ikincil travmatik stres düzeylerinde artış olduğu saptanmıştır.³⁰ Ekundaya ve ark.'nın (2013) yaptığı çalışma, travma yaşayanlar ile çalışan terapistlerin çoğu tükenmişlik için ortalama aralıkta puan alırlarken, puanların %70'i terapistlerin ikincil travmatik stres için yüksek risk altında olduklarını göstermiştir.³¹

Birinci ve Erden'in (2016) yardım çalışanları ile yaptığı çalışma da ise, katılımcıların ikincil travmatik stres düzeyleri düşük bulunurken, tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur.²⁸

İkincil Travmatik Stres Belirtileri

İkincil travmatik stres belirtilerinin başlangıcı genellikle hızlıdır ve belirli bir olay ile ilgilidir.²

İkincil travmatik stresin etki alanları mesleki, fiziksel ve emosyonel olmak üzere üçe ayrılır.

Mesleki belirtiler; bazı hastalarla çalışmadan kaçınma, hastalara ya da yakınlarına karşı empati yeteneğinde azalma, işe gelmeme ve isteksizliktir.

Fiziksel belirtiler; baş ağrısı, sindirim sorunları, kas gerginliği, uyku bozuklukları, yorgunluk ve kardiyak semptomlardır.

Emosyonel belirtiler; huzursuzluk, suçluluk, korku, sürekli danışanın travmasını düşünme, anksiyete, madde kullanımı, depresyon, öfke, güvensizlik, şüphecilik, stresle başa çıkamama, kişilik özelliklerinde zayıflama, nesneliliğin kaybı, yalnızlaşma, kaçınma, şiddete karşı duyarlılık, hissizlik, yetersizlik, algı değişiklikleri ve bellek sorunlarıdır.^{29,32-35}

İkincil Travmatik Stres Oluşumunu Etkileyen Faktörler

Yapılan çalışmalarda, ikincil travmatik stres oluşumunu etkileyen faktörler; yaş, mesleki deneyim, maruziyet düzeyi, önceki travma öyküsü, psikiyatrik öykü, kişisel stres düzeyi, sosyal destek, eğitim, sosyoekonomik düzey, başa çıkma yöntemleri, başvuranların aşırı travmatik deneyimleri, ekip ve yönetim ile ilgili çatışmalar ve başvuranların tedavisinde tatmin edici başarının sağlanamaması olarak saptanmıştır.^{22,23,32,34,36-44}

Kahil'in (2016) travmatik yaşantıları olan bireylere, travma anında veya sonrasında müdahalede bulunan profesyonel ve gönüllü yardım çalışanları ile yaptığı çalışma sonucunda, profesyonel yardım çalışanlarının, gönüllü yardım çalışanlarına göre daha fazla ikincil travmatik stres belirtileri deneyimledikleri saptanmıştır. Bunun yanı sıra, mesleğinde 11-15 yıldır çalışan katılımcıların, mesleğini 1-5 yıldır sürdürmekte olan katılımcılardan daha fazla

ve travmatik yaşam olayı olan katılımcıların travmatik yaşam olayı olmayan katılımcılardan daha fazla travmatik stres belirtilerinin olduğu bulunmuştur.⁴⁴

Empatik yaklaşım ve kişiler arası iletişim sağlık çalışanlarının sahip olması gereken becerilerdendir.³⁵ Ancak sağlık profesyonelleri ve hasta arasında kurulan empati ikincil travmatik stresin gelişmesine neden olan önemli bir etkidir.

Leinweber (2010) yaptığı çalışmasında; empati yetenekleri yüksek ebelerin, travmatik doğum yaşayan hastalara bakım verirken ikincil travmatik stresi yaşama risklerinin yüksek olduğunu belirlemiştir.⁴⁵

Hemşireler ile yapılan bir çalışma da ise; sağlık durumu kötü olan, intihar girişiminde bulunan, şiddet yaşayan, yangın, patlama veya zehirli kimyasal maddeye maruz kalan, ölümü trajik olan hastalara bakım verme ve üzgün hasta yakınları ile iletişim kurma ikincil travmatik strese en çok neden olan durumlar olarak tanımlanmıştır.⁴⁶

İkincil Travmatik Stresin Korunma

İkincil travmatik stresin önlenmesine yönelik yapılması gerekenler yönetsel ve bireysel düzeyde sınıflandırılabilir.

1. Yönetimsel düzeyde yapılması gerekenler:

- ✓ Düzenli mesleki süpervizyon
- ✓ Kurumsal danışmanlık
- ✓ Destek grupları
- ✓ Psikodrama grupları

- ✓ Stres azaltıcı programlar
- ✓ Pratikte uygulanan prensiplerinin olması
- ✓ Çalışma koşullarını iyileştirme
- ✓ Dinlenme için zaman ayırma
- ✓ Yapılan işe saygı yönünden teşvik ve destek ekibi oluşturma
- ✓ Düzenli ekip içi toplantıları yapma
- ✓ İkincil travmatik stres semptomları, artıran faktörler ve önlenmesine yönelik hizmet içi eğitim
- ✓ Destekleyici ekip ruhu ve bağı oluşturmak için teknikler geliştirme
- ✓ Grup üyeleri ve kurum dışı danışmanlar ile konsültasyon olanakları sağlamadır.

2. Bireysel düzeyde yapılması gerekenler:

- ✓ Yeterli uyku ve beslenme
- ✓ Egzersiz
- ✓ Yeterli kişisel zaman ayırma
- ✓ Baş etme becerilerini geliştirme
- ✓ Spiritüel ihtiyaçlara yoğunlaşma
- ✓ Pozitif hasta ve kişisel deneyimlere odaklanma
- ✓ Profesyonel gruplara katılma
- ✓ Sosyal ilişkileri koruma ve geliştirme
- ✓ İlgi alanları yaratma
- ✓ Kişisel yaşam ve iş yaşamı arasında denge kurma
- ✓ Kendi ihtiyaç, sınır, kaynak ve imkanlarını tanıma
- ✓ Durumu erken tanımayı ve çözüm aramayı sağlayacak kuramsal bilgidir.^{11,23,25,32,33,41,47}

SONUÇ VE ÖNERİLER

Travmaya uğrayan, kronik hastalığı olan veya acı çeken bireylerle çalışmanın birçok zorluğu bulunmaktadır. Bu hastalara hizmet vermeye bağlı olarak sağlık profesyonelleri psikolojik açıdan yük alabilir ve eğer çözüm için hem bireysel hem de örgütsel düzeyde çaba harcanmazsa, çalışanlarda ikincil travmatik stres belirtileri görülebilir ve bakım/tedavi hizmetlerinin kalitesinde düşme söz konusu olabilir.

Sağlık çalışanlarında; ikincil travmatik strese neden olabilecek durumlar belirlenerek, riskli gruplara uygun ve kültüre özgü modellerin geliştirilmesi önem taşımaktadır. Yaptıkları işten kaynaklı olarak travmatik olaylara sürekli bir biçimde maruz kalan, ancak doğrudan travma mağduru olmadıkları için hem kendileri hem de uzmanlar tarafından göz ardı edilme olasılığı bulunan sağlık profesyonellerinin, bireysel ve mesleki farkındalıklarının kazandırılması, gerekli bilgilendirilmelerin ve müdahalelerin

yapılması, travma sonrası sürecin anlaşılması, travmatik olayların etkilerine yönelik koruyucu ruh sağlığı çalışmalarının yapılması ve etkili baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi önemlidir.

Sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres ile ilgili riskli gruplarla çalışmaların

yapılması gerekli önlemlerin alınmasını sağlayarak sağlık personelinin iş doyumunu ve motivasyonunu artıracak ve dolayısıyla daha kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulmasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Çeviren: Köroğlu E. Dördüncü Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998.
2. Aydın, S. (2010). İkincil travma ve tükenmişlik sendromundan korunma rehberi. Ankara.
3. Sungur, MZ. (1999). "İkincil travma ve sosyal destek". Klinik Psikiyatri, 2: 105-108.
4. Oflaz, F. (2008). "Felaketlerin psikolojik etkileri ve hemşirelik uygulaması". C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12 (3): 70-76.
5. Aker, T. (2012). Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal travmaya yaklaşım. Ankara.
6. Öztürk, O. Uluşahin, A. (2008). Ruh sağlığı ve bozuklukları I. 11. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri
7. Yılmaz, B. (2007). "Yardım çalışanlarında travmatik stres". Klinik Psikiyatri, 10: 137- 147.
8. Yeşil, A. Aker, T. Sezgin, U. (2009). "Hemodiyaliz tedavisi gören hastalara bakım veren ekipte ruhsal belirtiler". Düşünen Adam, 22 (1-4): 9-17.
9. Çolak, B. Şişmanlar, ŞG. Karakaya, İ. Etiler, N ve ark. (2012). "Çocuk istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında dolaylı travmatizasyon". Anadolu Psikiyatri Dergisi, 13 (1): 51-58.
10. Çakmak, H. Er, RA. Öz, YC. Aker, AT. (2010). "Kocaeli ili 112 acil yardım birimlerinde çalışan personelin Marmara depreminden etkilenme ve olası afetlere hazırlık durumlarının saptanması". Akademik Acil Tıp Dergisi, 2: 83-88.
11. Beck, CT. (2011). "Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review". Archives of Psychiatric Nursing, 25 (1): 1-10.
12. Deighton, RM. Gurriss, N. Traue, H. (2007). "Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist's attitude to working through trauma relevant?". Journal of Traumatic Stress, 20 (1): 63-75.
13. McCann, L. Pearlman, LA. (1990). "Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims". Journal of Traumatic Stress, 3 (1): 131-149.
14. Yeşil, A. Ergün, Ü. Amasyalı, C. Er, F ve ark. (2010). "Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışması". Nöropsikiyatri Arşivi, 47: 111-117.
15. Lerias, D. Byrne, MK. (2003). "Vicarious traumatization symptoms and predictors". Stress Health, 19 (3): 129-138.
16. Steed, L. Downing, R. (1998). "A phenomenological study of vicarious traumatization amongst psychologists and professional counsellors working in the field of sexual abuse/assault". Australasian Journal of Disaster and Trauma, 2: 1-8.
17. Brian, E. (2007). "Prevalence of secondary traumatic stress among social workers". Social Work, 52 (1): 63-70.
18. Porat, AB. Itzhaky, H. (2009). "Implications of treating family violence for the therapist: Secondary traumatization, vicarious traumatization and growth". Journal of Family Violence, 24 (7): 507-515.
19. Quinal, L. Harford, S. Rutledge, DN. (2009). "Secondary traumatic stress in oncology staff". Cancer Nursing, 32 (4): E1-E7.
20. Simon, CE. Pryce, JG. Roff, LL. Klemmack, D. (2006). "Secondary traumatic stress and oncology social work". Journal of Psychosocial Oncology, 23 (4): 1-14.
21. Haksal, P. (2007). Acil servis personelinde görülen ikincil travmatik stres düzeyinin disosiyasyon düzeyi, sosyal destek algısı ve başa çıkma stratejileri açısından incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
22. Gürdil, G. (2014). Üstlenilmiş travma ve ikincil travmatik stresin travmatik yaşantılara müdahale eden bir grup üzerinde Geşalt temas biçimleri çerçevesinde değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü, Doktora Tezi, Ankara.
23. Hiçdurmaz, D. İnci, F. (2015). "Eşduyum yorgunluğu: Tanımı, nedenleri ve önlenmesi". Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7 (3): 295-303.
24. Abendroth, M. Flannery, J. (2006). "Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses". Journal of Hospice and Palliative Nursing, 8 (6): 346-356.
25. Maytum, JC. Heiman, MB. Garwick, AW. (2004). "Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families". Journal of Pediatric Health Care, 18 (4): 171-179.
26. Zara, A. İçöz, FJ. (2015). "Türkiye'de ruh sağlığı alanında travma mağdurlarıyla çalışanlarda ikincil travmatik stres". Klinik Psikiyatri, 18: 15-23.
27. Lydon, P. (15.08.2016). On the compassionate helper: emotional outcomes in volunteers listening to the distressed and despairing. <http://www.samaritans.org/sites/default/files/kcfinder/files/research/EmotionalOutcomesinVolunteers.pdf>.
28. Birinci, GG. Erden, G. (2016). "Yardım çalışanlarında üstlenilmiş travma, ikincil travmatik stres ve tükenmişliğin değerlendirilmesi". Türk Psikoloji Dergisi, 31 (77): 10-26.
29. Stamm, B. (2005). The professional quality of life scale: compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue/secondary trauma scales. Institute of Rural Health. Sidan Press.
30. Adams, RE. Figley, CR. Boscarino, JA. (2008). "The compassion fatigue scale: Its use with social workers following urban disaster". Research on Social Work Practice, 18 (3): 238-250.
31. Ekundayo, A. Gregson, S. Holtum, S. Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. European Journal of Psychotraumatology, 4 (10). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3877781/>.
32. Pross, C. (2011). Manual for good practice and management in trauma centres- structural aspects of work related stress-care for caregivers. Denmark.
33. Gates, DM. Gillespie, GL. (2008). "Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women". Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 37 (2): 243-249.
34. Comerchero, V. (2015). Vicarious trauma: Risk factors, symptoms and coping strategies. The School Psychologist, 69 (1). <http://apadivision16.org/wp-content/uploads/2015/12/TSP-Vol.-69-No.-1.pdf>
35. Lombardo, B. Eyre, C. (2011). "Compassion fatigue: A nurse's primer". ANA Periodicals OJIN Table of Contents, 16 (1): 2-7.

36. Meadors, P. Lamson, A. (2008). "Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children". *Journal of Pediatric Health Care*, 22 (1): 24-34.
37. Yılmaz, B. (2006). Arama kurtarma çalışanlarında travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme ile ilişkili değişkenler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
38. Taycan, O. Kutlu, L. Çimen, S. Aydın, N. (2006). "Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi". *Anatolian Journal of Psychiatry*, 7: 100-108.
39. TENTS-The European Network for Traumatic Stress. (2016). Afetler ve büyük olaylardan sonra psikososyal bakım için TENTS rehberleri. https://www.estss.org/uploads/2011/04/88TENTS_Interventions_Brochure_060409_FINAL.pdf.
40. Robins, PM. Meltzer, L. Zelikovsky, N. (2009). "The experience of secondary traumatic stress upon care providers working within a children's hospital". *Journal of Pediatric Nursing*, 24 (4): 270-279.
41. Townsend, SM. Campbell, R. (2009). "Organizational correlates of secondary traumatic stress and burnout among sexual assault nurse examiners". *Journal of Forensic Nursing*, 5: 97-106.
42. Newell, JM, MacNeil, GA. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practice in Mental Health*, 6 (2): 57-68. from http://www.iupui.edu/~mswd/S501/multimedia/word_doc/burnoutarticle.pdf.
43. Altekin, S. (2014). Vicarious traumatization: an investigation of the effects of trauma work on mental health professionals in Turkey. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
44. Kahil, A. (2016). Travmatik yaşantıları olan bireylere yardım davranışında bulunan profesyonel ve gönüllülerin ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi. Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
45. Leinweber, J. Rowe, HJ. (2010). "The costs of 'being with the woman': Secondary traumatic stress in midwifery". *Midwifery*, 26 (1): 76-87.
46. Komachi, M. Kamibeppu, K. Nishi, D. Matsuoka, Y. (2012). "Secondary traumatic stress and associated factors among Japanese nurses working in hospitals". *International Journal of Nursing Practice*, 18: 155-163.
47. Lahad, M. (2016). Dipsiz kuyunun üzerindeki karanlık-afetin ardından kriz müdahale ekiplerine süpervizyon sağlamak. www.arkabahcepsikoloji.com.tr/panel/article/Afetinardindan.pdf.

DOĞUM SONU ERKEN DÖNEM HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

CURRENT APPROACHES IN EARLY POSTPARTUM PERIOD NURSING PRACTICES

Filiz ÜNAL TOPRAK¹, Zekiye TURAN², Ayten ŞENTÜRK ERENEL³

ÖZET

Doğum sonu (DS) dönemde kadında fizyolojik, sosyal ve duygusal birçok değişiklik meydana gelmektedir. Bu dönemde verilen bakımın duruma ve ihtiyaca yönelik olmaması anne-bebek sağlığını olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitelerinin düşmesine neden olabilmektedir. DS erken dönemde sıklıkla yaşanan sorunlar arasında; kanamalar, epizyotomi bölgesinde ağrı ve kramplar, yorgunluk, enfeksiyon, meme sorunları, annenin öz bakımında ve/veya yenidoğan bakımında yetersizlik duygusu yaşanması bulunmaktadır.

Kadın sağlığı hemşireleri, anne ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesinden sorumlu sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle hemşirelerin güncel bilgilere sahip olması bakımın kalitesini artırmak; klinik uygulamalar ve bakım sonuçlarını iyileştirmek; bakımı standardize etmek ve hasta memnuniyetini artırmak bakımından önemlidir. Derlemede, DS erken dönem hemşirelik uygulamalarına yönelik yapılmış randomize çalışmalar, meta-analiz ve sistematik derlemeler ile güncel literatür bilgileri incelenerek konu hakkında bilgi vermek amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Doğum sonu dönem, Kanıt dayalı uygulamalar, Hemşirelik.

ABSTRACT

Many changes in physiological, social and emotional aspects occur in women during the postnatal period. The lack of care for the condition and need of the woman in this period may negatively affect the mother-infant health and cause the reduction in the quality of life. Among the problems often experienced in the early postnatal period; Bleeding, pain and cramps in the episiotomy area, fatigue, infection, breast problems, feeling of inadequacy in mothers about maternal self-care and/or neonatal care are exist.

Women's health nurses are health professionals who responsible for the protection and development of maternal and infant health. Therefore, nurses should have up-to-date information in order to increase the quality of the care, improve the clinical practices and caring results, standardize care and increase patient satisfaction. In this review, the aim is to give information about the subject by examining the current literature conducted on early postnatal period, the randomized studies, meta-analyses and systematic reviews.

Keywords: Postpartum period, Evidence based practice, Nursing.

*Bu çalışma 15 Nisan 2016 tarihinde "1. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi"nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

¹Arş.Gör., Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara

²Öğr.Gör.Dr., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Sakarya

³Doç.Dr., Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara

İletişim/ Corresponding Author : Filiz ÜNAL TOPRAK
e-posta : filizore1@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 04.01.2017
Kabul Tarihi / Accepted : 14.03.2017

GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum sonu (DS) dönemde kadında fizyolojik, sosyal ve duygusal birçok değişiklik meydana gelmektedir. Bu dönemde verilen bakımın duruma ve ihtiyaca yönelik olmaması anne-bebek sağlığını olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitelerinin düşmesine neden olabilmektedir. DS erken dönemde sıklıkla yaşanan sorunlar arasında; kanamalar, epizyotomi bölgesinde ağrı ve kramplar, yorgunluk, enfeksiyon, meme sorunları, annenin; öz bakımında ve/veya yenidoğan bakımında yetersizlik duygusu yaşaması bulunmaktadır.¹⁻⁴ Doğum sonu dönemde en sık karşılaşılan sorunlara yönelik hemşirelik bakımı; doğum sonu kanamalarda kanıt temelli yaklaşımlar, doğum sonu enfeksiyonlarda kanıt temelli yaklaşımlar, epizyotomi bakımı ve perineal ağrıyı azaltmada kanıt temelli yaklaşımlar, ten tene temas ve emzirmeye ilişkin kanıt temelli yaklaşımlar ve doğum sonu erken taburculuğa yönelik kanıt temelli yaklaşımlar başlıkları altında ele alınmıştır.

Kadın sağlığı hemşireleri, anne ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesinden sorumlu sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle hemşirelerin güncel bilgilere sahip olması bakımın kalitesini artırmak; klinik uygulamalar ve bakım sonuçlarını iyileştirmek; bakımı standardize etmek ve hasta memnuniyetini artırmak bakımından önemlidir. Bu derlemede, DS erken dönem hemşirelik uygulamalarına yönelik yapılmış randomize çalışmalar, meta-analiz ve sistematik derlemeler ile güncel literatür bilgileri incelenerek konu hakkında bilgi vermek amaçlanmıştır.

Doğum Sonu Kanama (DSK)'da Kanıt Temelli Yaklaşımlar

Doğum sonu kanama anne ölümlerinden birinci derecede sorumlu olan durumdur. Dünyada her yıl yaklaşık 140,000 anne ölümünün DSK nedeniyle olduğu bildirilmektedir.⁵⁻⁷ DSÖ'ye göre DSK doğum sonu 24 saatte vajinal doğumlardan sonra 500 ml, sezaryenlerden sonra 1000 ml'den fazla kan kaybı olmasıdır.⁸ DSK meydana

geliş zamanına göre erken dönem (ilk 24 saatte) ve geç dönem kanamalar (24 saatten sonra) olarak ikiye ayrılır. DSK nedenleri arasında uterus atonisi (%90) ilk sırada yer almaktadır. Ayrıca genital kanal travması (%7), plasenta retansiyonu (%3) ve pıhtılaşma sistemi anormallikleri (%3) atoni nedenleri arasında bulunmaktadır.⁹ Aşağıda DSK yönetimi için uterotonik ilaçlar ve uterus masajı hakkında bilgilere yer verilmiştir.

Doğum Sonu Kanamanın Yönetiminde Uterotonik İlaçların Kullanımı

Literatürde atoni ön tanısı ile karşılaşıldığı durumlarda prostaglandin, oksitosin veya ergometrin uygulanmasının, oral ya da sublingual misoprostol uygulanmasından faydalı olabileceği belirtilmektedir.^{10,11} Toplam 1671 kadını içeren Cochrane sistematik incelemesinde profilaktik uterotoniklerin doğumun üçüncü evresindeki uygulama zamanı (plasenta çıkarılmasından önce ve sonra) değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, plasenta çıkarılmasından önce ve sonra uygulanan oksitosinin, postpartum kanama, plasental retansiyon ve üçüncü evre uzunluğu gibi sonuçlar açısından anlamlı olmadığı bulunmuştur. Konu ile ilgili klinik çalışmaların sayısının yetersiz olduğu ve sadece oksitosin uygulamasının değerlendirildiği belirlenmiştir. Bu nedenle de, maternal ve neonatal sonuçların genellenebilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.¹²

Mousa ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları cochrane sistematik incelemesinde, doğum eyleminden sonra uterin atoniye bağlı postpartum kanamaların önlenmesinde uterotonik ajan olarak intravenöz oksitosinin kullanılması gerektiği bildirilmiştir.¹³ Uterusta yeterli kontraksiyonu sağlamak amacıyla IV/IM sentetik oksitosin bolüs ya da kombine şekilde yapılabilen ve sonrasında infüzyon şeklinde hastanın mayi almasına devam edilmektedir.¹⁴ Ancak, oksitosinin ven içerisine doğrudan uygulanması kadında hipotansiyon ve

kardiyak kollapsa neden olabileceği için oksitosinin ven içerisine doğrudan uygulanmasından kaçınılmalıdır. Belirgin bir zaman süresince yüksek dozlarda oksitosin uygulamak gerekiyor ise infüzyon hızını arttırmak yerine solüsyonun konsantrasyonunu arttırmak dikkat edilmesi gereken hususlardandır.^{15,16} Ayrıca oksitosinin antidiüretik etkisi de bulunmaktadır. Bu özelliğinden dolayı oksitosinin su intoksikasyonuna neden olabileceği bildirilmektedir. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmaların incelemesinde, oksitosinin rutin olarak kullanılmasının kan kaybı miktarını azalttığı görülmüştür ancak yan etkileriyle ilgili yeterince kanıt yoktur.¹⁷ Oksitosin agonistleri oksitosini taklit eden ilaçlar grubundandır. Su ve arkadaşlarının inceledikleri dört çalışmada toplam 966 kadına ulaşılmıştır. Çalışmada intramüsküler uygulanan oksitosin ile carbotoksini (oksitosin agonisti) uygulamaları karşılaştırılmıştır. Bu ilaçlar vaginal doğum yapmış yüksek riskli kadınlara ya da elektif seziyo sezeryan olan kadınlara uygulanmıştır. Sınırlı sayıda kanıtlar, carbotoksin ve oksitosinin etkinliği açısından küçük farklılıklar olduğunu ancak baş ağrısı, mide bulantısı ve kusma gibi yan etkiler yönünden ise farklılık olmadığını göstermiştir. Bu ilaçların yenidoğan bebek üzerindeki etkileri ise tanımlanmamıştır.¹⁸

DSK'nin yönetiminde sentetik oksitosinin yanı sıra prostaglandin ve alternatif olarak misoprostol de kullanılmaktadır.¹⁹ Oksitosinin etkinliğinin sadece uterin kaslarla sınırlı olduğu, prostaglandinlerin ise myometrium ve serviks üzerinde etkili olduğu kanıt temelli çalışmalarla gösterilmiştir. Bununla birlikte prostaglandinler değişik yollarla (IV, oral, sublingual, vajinal veya intraservikal gibi) uygulanabildiği için avantajlıdır.²⁰ Misoprostolün yan etkileri arasında vücut ısısında yükselme yer almakla birlikte, 2009 yılında Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (U.S. Food and Drug Administration: FDA) ve Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG)

tarafından yayımlanmış detaylı uyarılarla (doz, yan etkiler, kullanım yolu gibi) misoprostolün obstetrik amaca yönelik kullanılabilmesi belirtilmektedir.^{21,22} Misoprostolün kullanımı için özel depolama koşullarına gerek duyulmaması, hipertansif hastalarda güvenle kullanılabilmesi, uzun yıllar saklanabilmesi, yüksek sıcaklıklara dayanıklı olması ve özellikle rektal olarak kullanıldığında bulantı ve kusmanın daha az görülmesi gibi avantajları bulunmaktadır.²³ Ancak cochrane kanıtlarda misoprostolün oksitosinden daha az etkin olduğu, oral yolla alındığında bulantı, titreme ve yüksek ateş gibi daha fazla yan etkiye sahip olduğu belirtilmiştir.^{13,24} İnamüsküler oksitosin ve rektal misoprostol uygulamasının DSK'de etkinliğinin kıyaslandığı randomize kontrollü çalışmada, intramüsküler oksitosin uygulamasının kanamanın durdurulmasında daha etkin olduğu bulunmuştur.²⁵ Hofmeyr ve arkadaşlarının 59.216 kadının katılımı ile yaptıkları çalışmada; 600 ug ya da daha düşük dozlarda uygulanan misoprostolün bile vücut ısısında artışa neden olduğu, ancak DSK'yi önlemek ve tedavi etmek için düşük dozda misoprostol kullanımının desteklediği belirlenmiştir.²⁶

Doğum Sonu Kanamanın Uterus Masajı İle Yönetimi

Plasental ayrılma, doğumların %50'sinde ilk 5, %90'ında ise 15 dakika içinde gerçekleşir. Plasentanın ayrılmasında gecikme olması DSK riskini artıran bir durumdur. DSK'yi önlemek için plasentanın doğumundan sonra uterus masajı yapılması önerilmektedir.²⁷ Cochrane sistematik derlemesinde, uterotonik ilaç verilmeyen kadınlarda masajın etkinliğini değerlendiren çalışmaların olmaması ve mevcut çalışma sonuçlarının da yetersiz olduğu saptanmıştır.²⁸ Uluslararası örgütler, DSK'yi önlemek için plasentanın doğumunu takip eden ilk iki saat içerisinde, 15 dakikada bir uterusun kontrakte olduğundan emin oluncaya kadar uterus masajını önermektedir.²⁹ Farmakolojik ve tıbbi müdahalelerin dışında emzirmenin bir an önce başlatılması, meme ucu uyarısı, aromaterapi, refleksoloji gibi

nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması DSK yönetiminde önerilmektedir.¹⁴

Doğum Sonu Enfeksiyonlarda Kanıt Temelli Yaklaşımlar

Doğum sonrası altı hafta içinde üreme organlarında meydana gelen enfeksiyonlar doğum sonu enfeksiyon olarak tanımlanmaktadır. Doğum sonu enfeksiyon, doğumu takiben ilk 24 saatten sonra postpartum 10 gün boyunca 38 derece ve üzerindeki ateşin görülmesi ve en az iki gün sürmesi olarak tanımlanmaktadır.³⁰ Doğum sonunda en fazla görülen enfeksiyonlar; endometritis, üriner sistem enfeksiyonları ve mastitidir. Doğum sonu enfeksiyonlara yönelik olarak riskli gruplara profilaktik antibiyotik kullanımı önerilmektedir. Profilaktik antibiyotik uygulaması hem planlı hem de acil sezaryen doğumlarda enfeksiyöz morbidite sıklığını %75 oranında azaltabilmektedir.^{31,32} Profilaksiden maksimum fayda sağlanabilmesi için antibiyotik operasyondan hemen önce uygulanması gerekmektedir. Birçok rehber göre bu konudaki ideal süre, operasyonun 30-60 dakika öncesidir.³³ Sezaryen operasyonu öncesi postoperatif enfeksiyon riskini azaltmak için, dar spektrumlu bir antibiyotik tek doz olarak uygulanması önerilmektedir. Sezaryen yolla gerçekleşen doğumlarda antimikrobiyal profilaksi yapılmadığı durumlarda, enfeksiyon riskinin 20 kat fazla olacağı belirlenmiştir.³⁴

Bir meta analizde yirmi beş randomize klinik çalışmaya dayanarak sezaryen sırasında uygulanan tek veya üç doz antibiyotik ile enfeksiyon gelişmesinin azaldığı gösterilmiştir.³⁵ Sezaryen sonrası endometrit riskini azaltmak için preoperatif dönemde yapılabilecek farklı uygulamaların incelendiği randomize kontrollü çalışmalarda povidon iyot ile preoperatif vajinal hazırlığın kullanımı araştırılmıştır.^{36,37} Reid ve arkadaşları vajinal hazırlığın post operatif ateş, endometrit ve yara yeri enfeksiyonuna etkisi olmadığını bildirmiştir.³⁶ Starr ve arkadaşları ise preoperatif vajinal temizliğin post sezaryen endometrit riskini azalttığını fakat postoperatif febril morbidite riskine etkisi olmadığını bildirmiştir.³⁷ Memon ve

arkadaşlarının 200 kadınla yaptığı çalışmada ise povidon iyot ile preoperatif vajinal temizliğin enfeksiyon belirti ve bulgularını istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalttığı bulunmuştur.³⁸ Cochrane veri tabanında bu konuda yapılmış 5 çalışmanın gözden geçirmesinde vajinal temizliğin post sezaryen endometrit riskini %50 oranında azalttığı saptanmış, ancak vajinal temizliğin post-operatif ateş, yara yeri enfeksiyonu ve endometrit riskini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaltmadığı belirtilmiştir.³⁹

Epizyotomi Bakımı ve Perineal Ağrısı Azaltmada Kanıt Temelli Yaklaşımlar

Doğum eylemi sırasında meydana gelen perineal travma ya da epizyotomi uygulaması nedeniyle pek çok kadın DS dönemde perineal ağrı yaşamaktadır. Perineal ağrının giderilmesine yönelik soğuk oturma banyoları, buz ya da soğuk uygulama paketleri kullanılmaktadır. Lokal soğuk uygulamanın etkinliğini değerlendirmek amacıyla yedi randomize kontrollü çalışmanın incelendiği derleme sonucunda, lokal soğuk uygulama yapılan gruplarla hiçbir müdahale yapılmayan gruplar karşılaştırılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda gruplar arasında önemli fark olduğu; soğuk uygulama yapılan grupta 24-72 saat içindeki ağrı düzeyinin yapılmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.⁴⁰

Epizyotomi bakımında serum fizyolojik veya normal su kullanılmasının rivanol, betadin gibi solüsyonlara kıyasla daha ucuz ve etkili olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir.⁴¹⁻⁴³ Tuna'nın çalışmasında; epizyotomi bakımında iki farklı yöntemin yara iyileşme sürecine etkisini belirlemek amacıyla povidone iyodine ve şebeke suyu karşılaştırılmıştır. Doğum sonu 1. günde; şebeke suyu ile epizyo bakımını yapan grubun, povidone iyodine ile bakım yapan gruba göre yara iyileşmesinin daha hızlı olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçları doğrultusunda epizyotomi bakımında suyun kullanımının yaygınlaştırılması önerilmiştir.⁴³ Epizyotomi bakımında normal su ve betadin ile bakım yapmanın yara iyileşme sürecine etkisini belirlemek

amacıyla yapılan başka bir çalışmada; doku onarımı, kızarıklık, ekimoz, ödem, akıntı, dikişlerde açılma, ağrı yaşama ve yara iyileşmesinin yeterliliği incelenmiştir. Değerlendirilen kriterler açısından gruplar arasında doğum sonu 1. gün, 15. gün ve 20. günlerde farkın istatistiksel olarak önemsiz ($p > 0,05$) olduğu, bununla birlikte 5. günde su kullanan grupta yer alan kadınlarda daha az kızarıklık olduğu ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Araştırmada bu sonuçlar doğrultusunda, suyun maliyetinin düşük olması ve zarar verici bir madde olmaması nedeniyle epizyotomi bakımında kullanımının yaygınlaştırılması önerilmiştir.⁴¹ East ve arkadaşların perine ağrısını gidermeye yönelik on randomize kontrollü çalışmayı inceledikleri çalışmada, lokal soğuk uygulama yapılanlar (buz paketi, soğuk jel pedleri ve soğuk oturma banyosu) ve tedavi almayan grup karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda kadınların, ağrıyı gidermede soğuk jel pedleri kullanmayı tercih ettikleri belirlenmiştir. Soğuk jel pedleri kullanan kadınlarda doğumu takiben 24-72 saat içerisinde ağrı azalma sağlandığı görülmüştür.⁴⁰

Ten Tene Temas ve Emzirmeye İlişkin Kanıt Temelli Yaklaşımlar

Doğum, bebeğin anne rahmindeki karanlığı, sıcaklığı ve ritmi terk ederek yepyeni bir ortama uyum sağlamasını gerektiren bir durum olması nedeniyle yenidoğan için bir travma olarak nitelendirilebilir. Ayrıca yenidoğanın sistemleri intrauterin dönemde oluşmakla birlikte, çoğunun gelişimi doğum sonrası dönemde devam etmektedir. Bu nedenle doğum sonrası ilk saatler yenidoğanın hem fizyolojik hem de psikolojik olarak dış ortama uyumu bakımından kritik zamanlardır.⁴⁴ Bu dönem bağlanmanın ve etkileşimin en yoğun yaşandığı dönem olması nedeniyle ebeveyn-bebek ilişkisinin başlatılması; yenidoğanın uterus dışı ortama uyumunu ve ebeveynlerin yeni rollerine alışmalarını kolaylaştırmak bakımından önemli olduğuna dikkat çekilmektedir. Yenidoğanın dış ortama uyumu anne/baba ve bebek arasındaki ten

tene temasla gerçekleşebilmektedir.^{45,46} Ten tene temas, özellikle bakım kaynakları sınırlı olan ülkelerde düşük doğum ağırlıklı bebeklerin geleneksel bakımına ek olarak öne sürülen etkili ve güvenli alternatif bir yöntemdir. Tense temas, bebekte mortalite hızını azaltmakta, bebeğin emme başarısını arttırarak hipoglisemiye önleyip, büyüme ve gelişme hızında iyileşme sağlamaktadır. Ayrıca tense temas uygulaması ile bebeğin kalp, solunum hızı ve vücut ısısında stabilite sağlanıp, metabolik adaptasyon sürecinin hızlandığı belirtilmektedir.^{46,48} Erken ten tene temasın anne ve yenidoğan açısından etkilerini değerlendirmek amacıyla 2177 kadının dahil olduğu 34 çalışmanın incelendiği Cochrane sistematik derlemesinde, erken tense temasın doğum sonu dört ay emzirme süresi üzerine olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir. Ayrıca anne-bebek bağlanması sağladığı bebeğin ağlama süresini kısalttığı yenidoğan kalp-solunum sisteminin düzenlenmesinde olumlu etkisi olduğu, buna karşın kısa veya uzun vadede belirgin olumsuz bir etkisi olmadığı belirlenmiştir.⁴⁸ Lamaze ve UNICEF, doğumdan sonra anne ve bebeğin erken dönemde tense temasla buluşturulmasını ve doğum ortamlarının buna yönelik hazırlanmasını önermektedir.^{49,50} 1553 kadını, 11 çalışmayı içeren Cochrane sistematik derlemesinde, emzirmeye teşvik programlarının emzirmeye başlama oranlarına etkisi incelenmiştir. Çalışmalarda eğitim şekli ne olursa olsun (bire-bir eğitim, ihtiyaç tabanlı eğitim, genel oturma, örgün doğum öncesi eğitimi, akran eğitimi) emzirme eğitimi alan kadınlarda postpartum dönemde emzirmeye başlama oranları daha yüksek bulunmuştur.⁵¹ Emziren annelerde eş/aile/çevre desteği ile profesyonel desteğin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan derlemede; 14 ülkeden 29.385 anne-bebek çiftini kapsayan 34 çalışma incelenmiştir. Emzirmeye yönelik veriler analiz edildiğinde; hangi şekilde olunursa olursun anneye verilen desteğin emzirme süresini uzattığı belirlenmiştir. Emzirmenin desteklenmesinin anne sütü ile beslenme süresini de arttırdığı gösterilmiştir. Yapılan çalışmaya göre; emzirmeye destek olma anne

sütü ile besleme süresini uzatmada yararlıdır, ancak sadece anne sütü ile besleme üzerine etkileri açık değildir.⁵² Kadınlar başarılı emzirme konusunda desteklendikten sonra kadınlara emzirme ile ilgili yaşayabileceği sorunlar ve çözüm önerileri konusunda da bilgi verilmelidir. Walker'ın yaptığı çalışmada her üç anneden biri veya daha fazlasının emzirmeyle ilgili bir veya daha çok sorun yaşadıkları görülmüştür. Bu sorunların başında; ağırlı ve çatlak meme başı (%34), meme apsesi ve mastit (%33), memelerde aşırı dolgunluk, meme başlarının içe çökük ya da düz olması gelmektedir.⁵³

Doğum Sonu Erken Taburculuğa Yönelik Kanıt Temelli Yaklaşımlar

Normal vajinal doğumdan 6-24 saat içinde, sezaryen doğumdan sonra ise 48-72 saat içinde olan taburculuklar erken taburculuk olarak nitelendirilmektedir.^{2,54,55} Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), anne ve yenidoğanın hastane enfeksiyonlarından korunabilmesi için en erken dönemde taburcu edilmeleri gerektiğini bildirmiştir.⁵⁶ Bununla birlikte doğum sonu erken taburcu olmanın yararlı veya zararlı olması yönünde tartışmalar devam etmektedir. Bazı

çalışmalarda DS erken taburculuğun neonatal mortalite ve morbidite riskini artırdığı ifade edilmektedir.⁵⁷ Literatürde DS 48 saatten önce taburcu edilen annelerde yeniden hastaneye başvurma oranının, 48 saatten geç taburcu edilenlere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle anne ve yenidoğanın fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik halinin taburculuk planı yapılırken değerlendirilmesinin önemli olduğuna dikkat çekilmektedir.⁵⁸ Brown ve arkadaşları tarafından anne ve bebeklerin sağlık ve refahını, doğum sonrası bakım memnuniyetini, genel sağlık maliyetlerini değerlendirmek amacıyla yapılan derlemede; sağlıklı anneler ve termde bebekler için doğum sonrası erken taburculuğun emzirme ya da doğum sonu depresyon üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır.⁵⁸ Taburculuk zamanı annenin ve ailenin duygusal hazır olmaları ve hastane politikaları ile ilgili bir konudur. Taburculuk zamanının belirlenmesinde hasta, aile üyeleri ve sağlık personeli tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle postnatal dönemde annenin ve bebeğin taburculuğu yapılmadan önce hemşireler tarafından ailelere gereksinim duydukları konularda bilgi verilmesi önemlidir.^{2,59}

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadın sağlığı hemşireliği, kadının fiziksel ve psikososyal sağlığının korunup geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın bozulduğu durumlarda bakım gereksinimlerinin karşılanmasını içeren hemşirelik disiplindir.⁶⁰ Bu nedenle DS döneminde verilen hemşirelik bakımı, anne ve bebek sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik olmalıdır. Bu amaca yönelik olarak hemşirelik bakımının kanıt temelli güncel

uygulamalarla yapılması önemlidir. Buna karşın DS bakım uygulamalarının birçoğuna yönelik kanıt temelli yeterli ve güncel çalışma olmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte DS dönem hemşirelik bakımının kalitesini artırmak için bu alana yönelik kanıt düzeyi yüksek, iyi kalitede araştırmalar yapılması ve hemşirelik uygulamalarının kanıtlar doğrultusunda yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., Manyonda, I. (1999). "Women's sexuality after childbirth: A pilot study". *Arch Sex Behav*, 28 (2): 179-191.
2. Gölbaşı, Z. (2003). "Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik". *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2): 15-22.
3. Akridge, K.M. (2004). "Postpartum ve Lactation". Editör (Ed.). In: Youngkin, E.Q., Davis, M.S. *Women's Health*. Pearson Printice Hall (614). New Jersey.
4. Shaw, E., Kaczorowski, J. (2007). "Postpartum care- What's new?". *Curr Opin Obstet Gynecol*, (19): 561-567.
5. WHO, UNICEF, & UNFPA. (2004). *Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Geneva, Switzerland. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68382/1/a81531.pdf>). Erişim Tarihi: 02.01.2017
6. Sheikh, L., Najmi, N., Khalid, U., Saleem, T. (2011). "Evaluation of compliance and outcomes of a management protocol for massive postpartum hemorrhage at a tertiary care hospital in Pakistan". *BMC Pregnancy Childb*, 13: 11-28.
7. Cengiz, H., Yasar, L., Ekin, M., Kaya, C. and Karakaş, S. (2012). "Management of intrac-table postpartum haemorrhage

- in a tertiary center: A 5-year experience". *Niger Med J*, 53: 85-88.
8. World Health Organization (WHO). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO); 2012. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf). Erişim Tarihi: 02.01.2017
 9. Kominarek, M.A., Kilpatrick, S.J. (2007). "Postpartum hemorrhage: a recurring pregnancy complication". *Semin Perinatol.*, 31 (3): 159-166.
 10. Gülmezoglu, A.M., Fornal, F., Villar, J., Hofmeyr, G.J. (2007). "Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), Art. No: CD000494.
 11. NICE (2014). "Intrapartum care for healthy women and babies". (<https://www.nice.org.uk/researchrecommendaion/what-is-the-most-effective-treatment-for-primary-postpartum-haemorrhage>). Erişim Tarihi: 02.01.2017
 12. Soltani, H., Hutcheon, D.R., Poulouse, T.A. (2010). "Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8): CD006173.
 13. Mousa, H.A., Blum, J., Abou El Senoun, G., Shakur, H., Alfirevic, Z. (2014). "Treatment for primary postpartum haemorrhage". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2): CD003249.
 14. United States Agency for International Development. (2011). "Prevention and treatment of postpartum hemorrhage at the community level: A guide for policy makers, health care providers, donors, community leaders, and program managers". (<http://www.mchip.net/sites/default/files/DSK%20Prevention%20and%20Treatment%20at%20the%20Community%20Level%20Second%20Edition%202011.pdf>). Erişim tarihi: 04.01.2016.
 15. DeCherney, A.H., Nathan, L., Laufer, N., Roman, A.S. (2010). "Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology". Eleventh Edition. Current Diagnosis & Treatment Series., Lange. McGraw Hill, USA.
 16. Toğrul, C., Başer, E., Özdal, B., Güngör, T. (2012). "Postpartum Kanamanın Yönetimi". *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology*, 9 (36): 1502- 1508.
 17. Cotter, A.M., Ness, A., Tolosa, J.E. (2001). "Prophylactic oxytocin for the third stage of labour". *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 4*. Art. No: CD001808.
 18. Su, L.L., Chong, Y.S., Samuel, M. (2007). "Oxytocin agonists for preventing postpartum haemorrhage". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, Art. No: CD005457.
 19. Kemik-Gül, Ö., Somunkıran, A., Özdemir, İ., Yücel, O., Demirci, F. (2006). "Doğum sonu kanamayı önlemede rektal misoprostol ve intravenöz oksitosinin etkinliklerinin karşılaştırılması". *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 3(3): 162-166.
 20. B-Lynch, C., Keith, L.G., Lalonde, A.B., Karoshi, M. (2010). Doğum sonu kanama; değerlendirme, yönetim ve cerrahi girişimler için kaynak kitabı. Editör (Ed.) Demir, C.S. (11-15). Matus Basımevi Reklam ve Yay. Tic. Ltd. Şti., Ankara.
 21. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetricians and Gynecologists, Committee Opinion Number 107, 2009, FDA. ([accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2002/19268s1r037.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2002/19268s1r037.pdf) - 2009-03-31). Erişim tarihi: 10.01.2016.
 22. FDA (U.S. Food and Drug Administration). Cytotec (misoprostol). (http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2002/19268s1r037.pdf). Erişim Tarihi: 02.01.2017
 23. Oladapo, O.T., Fawole, B., Blum, J., Abalos, E. (2012). "Advance misoprostol distribution for preventing and treating postpartum haemorrhage". *The Cochrane Library*, (2): CD009336.
 24. Hofmeyr, G.J., Walraven, G., Gulmezoglu, A.M., Maholwana, B., Alfirevic, Z., Villar, J. (2005). "Misoprostol to treat postpartum haemorrhage: a systematic review". *BJOG*, 112: 547-553.
 25. Fararjeh, C. (2003). "Postpartum kanama tedavisinde rektal misoprostol uygulamasının etkinliğinin intramusküler oksitosin ve metilergonoville karşılaştırılması". *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul*.
 26. Hofmeyr, G.J., Gülmezoglu, A.M., Novikova, N., Lawrie, T.A. (2013). "Postpartum misoprostol for preventing maternal mortality and morbidity". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), Art. No: CD008982.
 27. Hofmeyr, G.J., Abdel-Aleem, H., Abdel-Aleem, M.A. (2008). "Uterine Massage for Preventing Postpartum Haemorrhage". *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). Art. No.: CD006431.
 28. Hofmeyr, G.J., Abdel-Aleem, H., Abdel-Aleem, M.A. (2013). "Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7): CD006431.
 29. ICM and FIGO. (2003). International joint policy statement management of the third stage of labour to prevent postpartum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Can*, 25(11): 952-3.
 30. Lowdermilk, D.L. (2004). "Postpartum Complications". (In) Lowdermilk DL, Perry S.E. (Eds). *Maternity & Women's Health Care*. 8th Edition, Mosby, USA, 1044-48.
 31. Antibiotic Prophylaxis in Surgery. A National Clinical Guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (<http://sign.ac.uk/guidelines/fulltext/104/index.html>). Erişim tarihi: 10.10.2016.
 32. Hidron, A., Edwards, J.R., Patel, J., Horan T.C., Sievert, D.M., Pollock, D.A., Fridkin, S.K. (2008). "NHSSN annual update: antimicrobial-resistant pathogens associated with healthcare-associated infections: annual summary of data reported to the National Healthcare Safety Network at the Centers for Disease Control and Prevention, 2006-2007". *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 29 (11): 996-1011.
 33. Anderson, D.J., Podgorny, K., Berrios-Torres, S.I, Bratzler, D.W., Dellinger, E.P., Greene, L., Nyquist, C., Saiman, L., Yokoe, D.S., Maragakis, L.L. and Kaye, K.S. (2014). "Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update". *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 35(6): 605-27.
 34. Smaill, F.M., Grivell, R.M. (2014). "Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section". *Cochrane Database Syst Rev*, 10: CD007482.
 35. Giuliani, B., Periti, E., Mecacci, F. (1999). "Antimicrobial prophylaxis in obstetrics and gynecological surgery". *J Chemother Dec*, 11: 577-580.
 36. Reid, V.C., Hartmann, K.E., MCMahon, M., Fry, E.P. (2001). "Vaginal preparation with povidone iodine and postcesarean infectious morbidity: a randomized controlled trial". *Obstet Gynecol*, 97 (1): 147- 152.
 37. Starr, R.V., Zurawski, J., Ismail, M. (2005). "Preoperative vaginal preparation with povidone-iodine and the risk of postcesarean endometritis". *Obstet Gynecol*, 105: 1024-1029.
 38. Memon, S., Qazi, R.A., Bibi, S., Parveen, N. (2011). "Effect of preoperative vaginal cleansing with an antiseptic solution to reduce post cesarean infectious morbidity". *J Pak Med Assoc*, 61(12): 1179-1183.
 39. Haas, D.M., Morgan, S., Contreras, K. (2013). "Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections". *Cochrane Database Syst Rev*; 1: CD007892.
 40. East, C.E., Begg, L., Henshall, N.E., Marchant, P.R., Wallace, K. (2012). "Local Cooling for Relieving Pain from Perineal Trauma Sustained During Childbirth". *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). Art. No: CD006304.
 41. Toker, Z., Eroğlu, K. (2005). "Epizyotomi Bakımında Kullanılan İki Farklı Yöntemin Yara İyileşme Sürecine Etkisi". *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 49-61.
 42. Yılmaz, S.D., Vural, G., Bodur, S. (2010). "The Effect of Serum Physiological and Rivanol on the Process of Recovery During Episiotomy Care". *Trakya Univ Tıp Fak Derg*, 27 (2): 172-177.
 43. Tuna, C.R. (2013). "Epizyotomi bakımında kullanılan iki farklı yöntemin yara iyileşmesi sürecine etkisi". *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin*.
 44. Verklan, M.T. (2009). "So, he's a little premature. What's the big deal?". *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 21 (2): 149-161.

45. Tessier, R., Cristo, M., Velez, S., Giron, M., de Calume, Z.F., Ruiz-Palaez, J.G., Charpak, Y and Charpak, N. (1998). "Kangaroo mother care and the bonding hypothesis". *Pediatrics*, 102 (2): 1-8.
46. Chwo, M.J., Anderson, G.C., Good, M., Dowling, D.A., Shiau, S.H. and Chu, D.M. (2007). "A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants: effects on temperature, weight, behavior, and acuity". *Journal of Nursing Research*, 10(2): 129-142.
47. Conde-Agudelo, A., Belizán, J.M. and Diaz-Rossello, J. (2011). "Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No: CD002771.
48. Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N. and Dowswell, T. (2012). "Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5): CD003519.
49. 60 Tips for Healthy Birth: Part 6 - Keep Mother and Baby Together - It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. (<http://www.lamaze.org/p/bl/et/blogid=16&blogaid=1075>). Erişim tarihi: 04.01.2016.
50. Anne Sütüyle İlgili Temel Gerçekler. (http://www.unicef.org/turkey/ir/_mc29.html). Erişim tarihi: 10.01.2016.
51. Dyson, L., McCormick, F. and Renfrew, M.J. (2005). "Interventions for Promoting the Initiation of Breastfeeding". *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). Art. No: CD001688.
52. Britton, C., McCormick, F.M., Renfrew, M.J., Wade, A., King, S.E. (2007). "Support for Breastfeeding Mothers". *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). Art. No: CD001141.
53. Walker, M. (2008). "Conquering common breast-feeding problems". *J Perinat Neonatal Nurs*, 22 (4): 267-274.
54. Bossert, R., Rayburn, W.F. (2001). "Early postpartum at a university hospital: outcome analysis". *The Journal of Reproductive Medicine*, 46 (1): 39-43.
55. Eaton, A.P. (2001). "Early postpartum discharge: recommendation from a preliminary report to congress". *Pediatrics*, 107 (2): 400-404.
56. World Health Organization (WHO). *Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide*. WHO/RHT/MSM, Geneva 1998; 98/3: 8-58. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf). Erişim Tarihi: 02.01.2017
57. Cargill, Y., Martel, M. (2007). "Postpartum maternal and newborn discharge". *J Obstet Gynaecol Can*, 29 (4): 357-359.
58. Brown, S., Small, R., Faber, B., Krastev, A. and Davis, P. (2002). "Early Postnatal Discharge from Hospital for Healthy Mothers and Term Infants". *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). Art. No: CD002958.
59. Bowman, K.G., Ruchala, P.L. (2006). "A comparison of the postpartum learning needs of adolescent mothers and their mothers". *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35 (2): 250-256.
60. Eroğlu, K. (2012). "Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı". Editör (Ed.) A.M., Coşkun (s:32). Koç Üniversitesi Yayınları, 1. Baskı, İstanbul.

MENAPOZAL SICAK BASMASI KONTROLÜNDE KULLANILAN NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLER

NON-PHARMACOLOGICAL METHODS USED IN CONTROLLING MENOPAUSAL HOT FLASHES

Rukiye HÖBEK AKARSU¹, Betül KUŞ²

ÖZET

Menapozda sıcak basması; overlerin aktivitesinin gerilemesi bağlı, östrojen düzeyinin azalması ile birlikte ortaya çıkan bir semptom olup, vücut yüzeyinden ölçülebilir ısı artışının ve terlemenin de eşlik ettiği sıcaklık hissidir. Sıcak basmalarının beraberinde bulantı, baş dönmesi, baş ağrısı, çarpıntı ve terleme hissiyle bireylerin günlük yaşama aktivitelerini olumsuz etkilemektedir. Etkin sıcak basması yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler birbirini tamamlayıcı olarak ele alınmalıdır. Yapılan araştırmalarda nonfarmakolojik yöntemlerin sıcak basması ve buna eşlik eden semptomları azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir. Sağlık profesyonellerinin rollerinden biri de, menopozal sıcak basması yaşayan kadınları semptom kontrolünde nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı konusunda bilgilendirilmelerini sağlamaktır. Bu derlemede sıcak basması yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ait güncel bilgiler özetlemiştir.

Anahtar Kelimeler: Sıcak basması; Hemşirelik Bakımı; Non-Farmakolojik Yöntem; Menapoz

ABSTRACT

A hot flash during menopause is a symptom related to declining ovarian activity and which arises due to decreased estrogen levels and is a sensation of heat accompanied by perspiration and an increase in temperature measurable from the body surface. Hot flashes accompanied by nausea, dizziness, headache, palpitations and a sensation of sweating have an adverse effect on the daily living activities of individuals. Pharmacological and non-pharmacological methods should be approached in a complimentary manner in the effective management of hot flashes. Research indicates that non-pharmacological methods are effective in reducing hot flashes and the symptoms that accompany them. One of the roles of health professionals is informing women experiencing menopausal hot flashes about the use of non-pharmacological methods for symptom control. This review summarizes current information on non-pharmacological methods used in the management of hot flashes.

Key words: Hot Flashes; Nursing; Non-Pharmacological Method; Menopause

¹Yard. Doç. Dr. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bozok Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu

²Araş. Gör. Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Bozok Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu

GİRİŞ

Sıcak basması, östrojen düzeyindeki azalma ve Luteinize Hormon'un (LH) aniden yükselmesiyle birlikte, vücut yüzeyinden ölçülebilir ısı artışına sıklıkla deride al basması ve terlemenin de eşlik ettiği sıcaklık hissidir¹. Birey, sıcak basmasında ısıyı boyun, çene üzeri ve başında hissederken, temelde vücut sıcaklığında düşme görülmektedir.²

Menopozda sıcak basmasının; overlerin aktivitesinin azalması ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Gonodal disgenезisi, gonodotropin yetersizliği olanlarda östrojen çekilmesiyle birlikte sıcak basmasının görülmesi bunu desteklemektedir. Östrojenlerin azalması ile katekolöstrojenlerin sentezinde azalma meydana gelmekte ve katekolaminlerin metabolizması etkilenmektedir. Katekolamin konsantrasyonunun, hipotalamusta azalması ile vücut ısısına duyarlı merkezlerde ısı dengesizliği oluşmaktadır. Bu dengesizliğin temelinde nörotransmitter olarak görev yapan norepinefrin olduğu düşünülmektedir.³⁻⁴

Sıcak basmalarının etyolojisi ile ilgili bir diğer görüş Gonadotropin-releasing hormonun (GnRH)'ın bizzat kendisi veya aracılık yaparak rol oynadığı görüşüdür. GnRH nöronları, hipotalamik bölgede termoregülatör merkeze yakın olan preoptik alanda yerleşmiştir. GnRH'nin sürekli kullanımı ile hipofiz hormonlarının tama yakın supresyonu sonucu sıcak basmalarının ortaya çıktığı da ifade edilmektedir.⁴

Sıcak basması, menopozal semptomlar arasında en çok devam eden semptom olduğu belirtilmiştir. Ertem (2010)'in yapmış olduğu çalışmada menopoz dönemindeki kadınların %79'unun sıcak basması yaşadığını belirtmiştir.⁵

Bir başka çalışmada ise, menopoz dönemindeki Avrupa'daki kadınların % 55'inin ve Amerika'da yaşayan kadınların % 75'inin sıcak basması yaşadıkları belirtilmiştir.⁶

Sıcak basması zayıf, egzersiz yapmayan ve sigara içen kadınlarda daha fazla görülmektedir. Ayrıca alkol/ kafein alımı, aşırı sıcak içecek, acılı/baharatlı yiyeceklerin tüketimi, kalabalık ortamlarda bulunma ve sıcak hava da sıcak basmalarını arttırabilir.⁷⁻⁸

Sıcak Basmasının Birey Üzerindeki Etkileri

Sıcak basmaları gün içerisinde sık aralarla ortaya çıkabilir. Sıcak basmalarının beraberinde bulantı, baş dönmesi, baş ağrısı, çarpıntı ve terleme hissi görülebilmektedir. Hafif sıcak basmaları kısa süreli ve tahammül edilebilecek düzeyde olması nedeniyle bireylerin günlük yaşam aktivitelerini etkilememektedir. Orta derecedeki sıcak basmaları ise bireyde rahatsızlık hissi yaratmaktadır. Ciddi sıcak basmaları, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini engelleyecek derecede yoğun bir ısı hissine ve aşırı rahatsızlığa neden olmaktadır. Kadınlar, ısıdan boğulacak gibi olduklarını ve serinlemek için pencereyi açma, üzerlerindeki çıkarma ve yelpazelenme gibi yöntemlere başvurduklarını ifade etmektedirler. Bu durumun hemen ardından oluşan vazokonstriksiyon ise bireylerde üşüme hissine neden olmaktadır. Bu döngü esnasında ise kan basıncında değişme görülmemektedir.^{2,7,9} Sıcak basması atakları uzun süreli ve şiddetli seyreden kadınların uyku düzeni ve günlük aktivitelerinin olumsuz yönde etkilendiği ve yaşam kalitelerinin kötüleştiği belirtilmektedir.¹⁰

Sıcak Basmasında Tedavi

Sıcak basmaları, premenapoz ve daha sıklıkla postmenapozal dönemde meydana gelmektedir. Kadınların büyük kısmında bir/ iki yıl devam ederken, bazılarında ise 10-15 yıldan daha uzun sürebilmektedir. Uzun ve şiddetli sıcak basması yaşayan kadınlarda, günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilendiği, uyku kalitesinin ve yaşam kalitesinin bozulduğu belirtilmiştir.²

Sıcak basmasının tedavisinde, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır.

Sıcak basmalarının tedavisinde santral adrenerjik etkili clonidine, megestrol, gabapentin, selektif serotonin reuptake inhibitörleri, siproteron asetat, dietilstilbesterol (DES) gibi farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Sıcak basması yaşayan bireylerin başvurdukları non-farmakolojik yöntemler olarak diyet ve yaşam biçimi değişiklikleri, bitkisel terapi, hipnoz, refloksolojidir.^{5,9,10}

Farmakolojik Tedavi

Günümüzde halen sıcak basması tedavisinde en çok kullanılan farmakolojik tedavi, hormon replasman tedavisidir (HRT). Hormon replasman tedavisi, postmenapozal dönemdeki kadınlarda azalan hormon ya da hormonlarının, overlerden salgılanan düzeylerde olmasa da yerine konulması suretiyle, söz edilen olumsuz durumların ortadan kaldırılmasını hedefleyen bir tedavi biçimidir.¹¹

Tedaviye başlamadan önce kadın, genel fizik muayeneden geçirilmelidir. Kilo ölçümü, yaşam bulguları ölçümü, meme ve pelvik muayenesi, yapılmalıdır. Pap-smear, mamografi, osteodansimetrik analiz ve kanda glikoz, kolesterol incelenmesi yapılarak ayrıntılı biçimde değerlendirilmelidir. Tedaviye

başlandıktan sonra 3-9 aya arasında bu değerlendirmeler tekrarlanmalıdır.⁹

Sıcak basmasının kontrol altına alınmasında HRT'ye hasta birey ile birlikte zarar ve yararları değerlendirildikten sonra karar verilmelidir. Bu nedenle HRT kişiye özel olmalıdır. Bunun için doz ve süre konusunda kesin bir karar yoktur. Ama mümkün olan en az dozda ve en kısa sürede HRT'si yapılmalıdır. HRT'nin kontrendike olduğu durumlarda diğer farmakolojik yöntemler seçilebilir.¹⁰

Bir sistematik incelemede, HRT alan kadınlarda plasebo kullananlara göre sıcak basması sıklığı ve şiddetinde önemli ölçüde azalma olduğu, sıcak basması sıklığının %75 oranında azaldığı belirtilmiştir.¹²

Hormon replasman tedavisi dışındaki farmakolojik yöntemlerde ise, adrenerjik reseptör olan klonidin, dopamin antagonisti olan veraliprid, antidepresan venlafaksin, antikonvülzan gabapentin ve fitoöstrojenlerde sıcak basmasında kullanılmaktadır.¹⁰

Nonfarmakolojik Tedavi

Sıcak basması yaşayan kadınlar, farmakolojik tedavinin dışında ortaya çıkan semptomları kontrol etmek ve yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla destekleyici yöntemlere başvurmaktadır. Otuz iki bin dört yüz altmış beş kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, yaklaşık yarısının menopoz semptomları ile başa çıkabilmede tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullandığını belirtilmiştir.¹³

Sıcak basması yaşayan bireylerin başvurdukları non-farmakolojik yöntemler olarak diyet ve yaşam biçimi değişiklikleri, bitkisel terapi, hipnoz, refloksoloji, homeopati, akupunktur, egzersiz, geşeme ve rahatlama teknikleri, yoga ve diğer terapilerdir.

Bu derlemenin amacı; menapoz sonrası gelişen sıcak basmasının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanmasına yönelik literatür önerilerinin tartışmasıdır.

Diyet ve Yaşam Biçimi Değişiklikleri

Bazı kadınlar temel yaşam biçimi tarzı değişiklikleri ile sıcak basması semptomlarında rahatlama sağlamaktadırlar⁷. Sıcak basması ve beraberinde neden olduğu semptomlar ile etkili baş etmek için, diyet, kıyafet seçimi, egzersiz, meditasyon, yoga, biofeedback, akupunktur ve masaj gibi temel yaşam biçimi tarzı değişiklikleri önerilmektedir. Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada (RKÇ) sıcak basması yaşayan kadınların ataklar oluştuğunda ağız ve burundan yavaş, derin, tempolu biçimde, dakikada 5 ila 7 kez olacak şekilde nefes alıp vermeleri tavsiye edilir.¹⁴

Sıcak basması yaşayan kadınların diyetlerinde; sıcak içecek ve baharatlı yiyecek tüketimi, çay, kahve, alkol ve kafeinden kaçınmaları önerilmektedir. Günlük yaşamlarında ise, aşırı stres, gergin ve heyecanlı ortamlardan kaçınmak sıcak basmasını azaltmaktadır.^{7,9}

Ayrıca kıyafet seçimi de sıcak basmasını etkilemektedir. Bu nedenle sıcak basması yaşayan kadınlara ince ve hava geçirgenliği yüksek olan kumaşlardan yapılmış giysileri kullanmaları önerilmektedir. Sıcak basması bireylerin uyku kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle özellikle uyurken sıcak basması semptomlarını azaltmak için, hava geçirgenliği yüksek ve ince gecelikler, baş ucu fanı, uyanma periyotlarında soğuk su yudumlama, yastık altına soğuk paketler konulmasının faydalı olacağı ifade edilmektedir.^{7,9,14}

Sonuç olarak menapozal sıcak basması kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden diyet ve yaşam biçimi değişikliklerinin sınırlı bir yere sahip olduğu için, menapozal belirtilerde bu yöntemlerin etkinliğini değerlendirmek için kanıt düzeyi yüksek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Refleksoloji

Refleksoloji, binlerce yıldır farklı kültürlerde uygulanan bir refleks terapi yöntemidir.¹⁵ Tamamlayıcı tıbbın en çok kullanılan yöntemlerinden biri olan refleksoloji, vücuttaki bloke olmuş enerjiyi çözmek için ayakların belli bölgelerinde uygulanan özel ovma hareketleriyle ayaklardaki refleks noktalarını uyarmaya dayanan, bedenin kendi kendisini iyileştirme gücünün harekete geçirilmesidir¹⁶. Vücudun her bölgesinin, ayaklarda bulunan belirli bir noktaya karşılık geldiği ve bu noktalara uygulanan basıncın, tüm vücudu gevşetip dengeleyebileceği düşünülmektedir.¹⁷

Refleksoloji, vücudun rahatlamasına yardımcı olmakla birlikte, sinir ve endokrin sistemini yeniden dengelenmesi sayesinde menapoz belirtilerinin azaltılmasında, menapoz dönemine yumuşak bir geçiş oluşturulmasında yardımcı olabilecek bir tedavi yöntemi olduğu belirtilmektedir¹⁷⁻¹⁸. Yapılan bir randomize kontrollü çalışmada 6 hafta süresince yapılan refleksoloji uygulamasının sıcak basması ve gece terlemelerini önemli ölçüde azalttığı belirtilmektedir.¹⁹

Menopoz semptomları yaşayan 76 kadının araştırma kapsamına alınan RKÇ'da 19 hafta boyunca refleksoloji uygulan grupta menapozal sıcak basması semptomunda azalma olmadığı tespit edilmiştir.²⁰

Gözüyeşil ve Başer'in menopozlu kadınlar üzerinde yaptıkları RKÇ

çalışmada refleksolojinin, uygulama grubundaki bireylerin sıcak basması semptomunun üzerinde refleksolojinin etkili olduğu ve semptomları önemli ölçüde azalttığı belirtilmiştir.²¹

Yapılan çalışmalar göz önüne alındığında, refleksolojinin menopozal sıcak basması semptomunu azaltmada etkili olduğu ve semptomu azaltmada kullanılabileceği önerilebilir.

Homeopati

Yunanca homes=benzer pathos=acı kelimelerinin birleşmesinden meydana gelmiştir. Temeli benzeri benzerle iyileştirmek olan homeopati kendine özgü tanı ve tedavi prensipleri olan bütüncül bir yaklaşımdır.²²

Yapılan bir gözlemsel çalışmada, menopoz dönemindeki kadınlarda sıcak basması için homeopatik tedavinin etkili olduğunu belirtmektedir.²³

Menopoz semptomlarında; akupunktur, miknatıslar, refleksoloji ve homeopatinin risklerinin ve kanıtların değerlendirilmesi için 12 çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemede menopoz semptomların rahatlatılmasında menopozda sıcak basmasını rahatlattığı belirtilmektedir.²⁴

Sonuç olarak menopozal sıcak basması kontrolünde kullanılan homeopati yönteminin etkinliğini değerlendirmek için yüksek kanıt düzeyine sahip çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir.²⁵

Akupunktur

Akupunktur en eski tedavi yöntemlerinden biri olup yaklaşık 2-3 bin yıldan beri uygulanmaktadır. Akupunkturun etkisi, deri, kas veya diğer innerve dokulardaki duyuşal reseptörlerin aktivasyonu ile ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle menopoz semptomlarının giderilmesinde de kullanılmaktadır.²⁶

Akupunktur, kadınlar tarafından sıcak basması semptomunu azaltmak için kullanılan bir tamamlayıcı tedavi yöntemidir.²⁷

Akupunkturun menopoz semptomlarına etkilerinin değerlendirildiği 12 çalışmayı içeren bir meta-analizde akupunkturun, sıcak basmasının şiddetini ve sıklığını azalttığı belirtilmektedir.²⁷

60 çalışmanın yer aldığı başka bir meta-analizde, çalışmaların sekizinde akupunktur yalancı akupunkturla karşılaştırılmış ve akupunktur grubunda sıcak basması sıklığının değişmediği ancak şiddetinde azalma olduğu belirtilmiştir. Diğer çalışmalar ise randomize kontrollü olmadığı için kanıt düzeyinin çok düşük olduğu ifade edilmektedir.²⁸

Akupunkturun menopozal sıcak basması semptomu üzerindeki etkilerin belirlenmesi için kanıt düzeyi yüksek çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Egzersiz

Egzersiz; planlı, yapılandırılmış, istemli fiziksel uygunluğun bir ya da bir kaç unsurunu geliştirmeyi amaçlayan sürekli aktivitelerdir. Egzersizin amacı oksijen dağılımını ve metabolik süreçleri yoluna koymak, kuvveti, dayanıklılığı geliştirmek, vücut yağını azaltmak, kas eklem hareketlerini iyileştirmektir.²⁹

The North American Menopause Society (NAMS), menopozal dönemdeki kadınların, sıcak basması ile baş edebilmeleri için normal kilolarına ulaşmalarını ve düzenli egzersiz yapmalarını önermektedir.³⁰

Egzersiz sıcak basması üzerine etkisinin değerlendirildiği randomize kontrollü bir çalışmada egzersiz grubunda kontrol grubuna göre sıcak basması sıklığının azaldığı belirtilmiştir.³¹

Bir metaanaliz çalışmasında ise, egzersizin sıcak basmasına üzerindeki etkisine dair eldeki kanıtların yeterli olmadığı ancak bir çalışmada egzersizin sıcak basmasını azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada, egzersizin sıcak basmasını azaltmada yoga ve HRT ye göre daha etkili olduğu ifade edilmiştir.³²

Yapılan başka bir çalışmada egzersizin sıcak basması / gece terlemesi için etkili bir tedavi olmadığı belirtilmektedir.³³

Düzenli egzersizin menopozal sıcak basması şiddeti ve sıklığını azalttığı çalışmalarda belirlenmiş olup, NAMS menopozal sıcak basmasında düzenli egzersizi önermektedir.

Bitkisel Preparatlar

Bitkisel preparatlar, günümüzde bitkisel tedavi veya şifalı bitkilerle tedavi olarak isimlendirilmektedir. Bitkisel ilaç veya tıbbi bitki olarak isimlendirilen bitkilerin yaprak, çiçek, tohum, kök veya kabuğu tedavi amacıyla kullanılmaktadır.³³ Bitkisel preparatlar, tamamlayıcı ve alternatif terapiler içerisinde, menopoz semptomları ile başa çıkmada kadınlar tarafından yaygın olarak kullanılmakta ve sınırlı bir oranda yararlı olduğu belirtilmektedir.³⁴

Yapılan bir sistematik derlemede, menopoz semptomları için karayılan otunun kullanımını destekleyecek yeterli kanıt olmadığını ancak, bu alanda daha ileri çalışmalar yapılması için yeterli gerekçe olduğunu belirtmektedir.³⁵ Başka bir sistematik derlemede ise, karayılan otunun klimakterik semptomları azalttığı ancak bu konuda yeterli kanıt olmadığı belirtilmektedir.³⁶

Menopozda sıcak basmasında bitkisel yağlarda kullanılmaktadır. Yapılan randomize kontrollü çift kör çalışmada çuha çiçeği yağının sıcak basmasındaki

etkilerinin plasebodan farklı olmadığı ifade edilmiştir.³⁶

Bir sistematik derleme meta analizde kırmızı yonca (red clover) tüketimi özellikle ciddi sıcak basması yaşayan kadınlarda sıcak basması sıklığını azalttığı belirtilmektedir.³⁷

Menopozal sıcak basmasının tedavisi için çalışmalarda Humulus lupulus, Vitex agnus-castus, Dioscorea vilosa, Linum usitatissimum, Pinus pinaster, Turpgillere ait sebzeler, Cimicifuga racemosa L., Angelica sinensis, Oenothera biennis L., Hypericum perforatum L., Panax ginseng, Ginkgo biloba, Glycine soja, Trifolium pratense ve Piper methysticum bitkilerinin etkinliklerinin sınırlı bir yere sahip olduğu³⁸, bundan dolayı menopozal belirtilerde bitkisel tedavilerin etkinliğini değerlendirmek için mevcut literatüre katkıda bulunacak kanıt düzeyi yüksek çalışmalara ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Gevşeme ve Rahatlama Teknikleri

Etyolojisinde yükselmiş sempatik sinir sistemi aktivasyonu olan sıcak basmasında gevşeme teknikleri semptomun giderilmesinde faydalı olabilmektedir.³⁹

Gevşeme tekniklerinin sıcak basması üzerine etkilerinin değerlendirildiği randomize kontrollü bir çalışmada, okuma etkinliği ve kontrol grubuna göre gevşeme teknikleri yapılan grupta sıcak basması sıklığının değişmediği fakat yoğunluğunun anlamlı ölçüde azaldığı bulunmuştur.⁴⁰

Cihaz eşliğinde yavaş tempolu solunum ile müzik dinlemenin kıyaslandığı bir çalışmada, yavaş tempolu solunumun müzik dinlemeye göre sıcak basması sıklığı ve şiddetini daha etkin olarak azalttığı belirtilmiştir.⁴¹

Relaksasyon tekniklerinin (modifiye relaksasyon ve uygulamalı relaksasyon) sıcak basması üzerine etkilerinin değerlendirildiği bir çalışmada modifiye relaksasyon grubunun uygulamalı relaksasyon grubuna göre sıcak basmasının daha düşük olduğu belirtilmiştir.⁴²

Yapılan çalışmalarda gevşeme teknikleri, yavaş tempolu solunum ve müzik dinleme gibi tekniklerinin sıcak basmasını azalttığı belirtilmiştir.⁴¹⁻⁴²

Ancak, yapılan başka bir sistematik derleme ise, gevşeme tekniklerinin ile ilgili yapılan çalışmaların kanıt düzeylerinin yetersiz olduğu, bu nedenle geniş örnekleme ve diğer gevşeme tekniklerinin de yer aldığı (tempolu solunum, yüzeysel iğne uygulaması v.b.) randomize kontrollü çalışmalara yapılması gerektiği belirtilmiştir.⁴³

Gevşeme teknikleri ile ilgili yapılan çalışmaların kanıt düzeylerinin yetersiz olduğu ve geniş örneklem gruplarını içeren randomize kontrollü çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Yoga

Yoga sözcüğü Sanskritçe “yug” kökünden gelmekte olup kelime olarak “birleşmek yada birlik” anlamındadır.⁴⁴ Yoga Batı’da genellikle zihinsel ve fiziksel bir egzersiz sistemi olarak uygulanmakla birlikte bireyde rahatlama hissi vermektedir. Ayrıca, yoga genel olarak iyi olmayı sağladığı için menapoz semptomları ile baş etmede etkili olduğu belirtilmektedir.⁴⁵

Yoganın menapozal sıcak basması etkisi üzerine yapılan çalışmalarda yoganın sıcak basmasını azalttığı belirtilmektedir. Ancak bu konuda kanıt seviyesi yüksek çalışmalara ihtiyaç olduğu ifade edilmektedir.⁴⁶⁻⁴⁸

Diğer Terapiler

Yapılan bir çalışmada farkındalık eğitiminin sıcak basması ve gece terlemelerine bağlı rahatsızlık deneyimini azaltmada klinik olarak anlamlı olabileceği ifade edilmektedir.⁴⁹

Başka bir çalışmada ise sıcak basması sorunu yaşayan kadınlara; 7 hafta boyunca farkındalık eğitimi verilip, 4 hafta boyunca sıcak basmalarına ilişkin günlük tutmaları istenmiştir. Haftalık olarak Sıcak basması şiddeti hesaplanmıştır. 11 hafta boyunca sıcak basması şiddeti değerlendirilmiş olup ve çalışma sonunda kadınlarda sıcak basması şiddetinin %40 oranında azaldığı belirtilmiştir.⁵⁰

Hemşireler tarafından menapozal sıcak basması yaşayan kadınların semptom yönetimine yönelik farkındalıkları artırılmalıdır. Bireylere verilen farkındalık eğitimlerinin semptomla baş etmedeki etkisi yapılan çalışmalarla değerlendirilmelidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sıcak basması, hayati tehlike arz eden bir semptom olmamakla birlikte, vücutta fizyolojik değişikliklerin yanı sıra psikolojik değişikliklere de yol açmaktadır. Fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Sıcak basmasının şiddeti, süresi ve sıcak basmasına karşı verilen tepkiler kişiden kişiye değişiklik gösterebilmektedir.

Sıcak basması tedavisinde kullanılan farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin etkinliğinin düzenli olarak yazılı veya sözlü skalalar kullanarak sağlık ekibi içerisinde hemşire tarafından değerlendirilmeli ve sonuçlar kaydedilmelidir. Sağlık ekip üyelerinden olan hemşireler, sıcak basması ve eşlik eden semptomların yönetiminde kilit rol üstlenmektedir. Sıcak basması yaşayan

kadınların, hemşire ve hekimler tarafından nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı, etkileri konusunda bilgilendirilmeleri gerekir. Bireylerin bilgi ve farkındalık düzeyleri artması bu

semptomlarla etkili baş edebilmelerine katkı sağlayarak, kadınlara kendi bakımlarında aktif rol almalarına neden olur.

KAYNAKLAR

1. Freedman RR. (2014). "Menopausal hot flashes: Mechanisms, endocrinology, treatment". The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology.142; 115–120.
2. Özkan S. (2015). Şirin A. (Ed). "Kadın Sağlığı" (sayfa:234-258). İstanbul: Bedray Yayıncılık.
3. Samsioe G,Dören M, Lobo RA. (2003). "Menopause". (page:30-40). London:. Mosby, Elsevier Ltd.
4. Durmuşoğlu F,Erenus F.Nörovegetatif Semptomlar. Ertüngealp E ,Seyisoğlu H.Editör. Menapoz ve Osteoporoz İstanbul. 2000 Bölüm 2 :22-27.
5. Ertem G. (2010). Kadınların menapoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi. 7(1):473.
6. Fredman RR. (2005). Hot Flashes: Behavioral Treatments, Mechanisms and Relation to Sleep. The American Journal of Medicine.118(12):1245-1305.
7. Taşkın L. (2005). "Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği". Taşkın L, (Ed). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
8. Steams V, Ullmer L, Lopez JF, Smith Y, Isaacs C, Hayes DF. (2002) "Hot flashes". Lancet.;360:1851-1861
9. Hotun Şahin N.(2015)."Kadın sağlığı ve hastalıkları".(sayfa:148). Kızılkaya Beji N, (Ed)., İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi
10. Erol CT. (2004)."Menapoz olgularındaki sıcak basması semptomunda tedavi seçenekleri neledir?" TJD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi. 6: 53-57.
11. Tıraş M.B, Kurdoğlu M. (2004). "Postmenopozal hormon replasman tedavisinde güncel yaklaşımlar".STED.13(9):332
12. MacLennan AH, Broadbent JL, Lester S, Moore V.(2009). "Oral hormone therapies help reduce the frequency and severity of hot flashes and night sweats caused by menopause". Cochrane: 21.
13. Posadzki P, Lee M.S, Moon T.W, Choi T.Y, Park T.Y, Ernst E.(2013)."Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by menopausal women: A systematic review of surveys". Maturitas.75(1); 34–43
14. Menopause.org. [Internet]. 2014 The North American Menopause Society. Treating Hot Flashes. Available From: <http://www.menopause.org/docs/for-women/mnflashes.pdf>.
15. Gözüyeşil E.(2015)."Kanıtı dayalı rehberleriyle tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar"(sayfa:101) Başer M, Taşcı S.(Ed).İstanbul: Akademisyen Tıp Kitabevi.
16. Turan N, Ozturk A, Kaya N.(2010). "Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: tamamlayıcı terapi", Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi: 3(1): 93-98
17. Pinto PC, Paul S.(2012)."Effect of foot reflexology on the quality of life among menopausal women in selected schools in mangalore". NUJHS: 2 (3):75-79.
18. Rees M, Stevenson J, Hope S. Eds. (2009). "Management of the Menopause: The handbook of the British Menopause Society". Marlow: British Menopause Society Publications.
19. Williamson J, White A, Hart A, Ernst E.(2002). "Randomised controlled trial of reflexology for menopausal symptoms". BJOG. 109:1050 – 1055.
20. Williamson J, White AR. (2001). "A randomized control trial to evaluate the effects of reflexology on women experiencing menopausal symptoms" Focus On Alternative And Complementary Therapies: 6(1):98.
21. Gözüyeşil E, Başer M.(2016)."The effect of foot reflexology applied to women aged between 40 and 60 on vasomotor complaints and quality of life". Complementary Therapies in Clinical Practice: 24: 78–85.
22. who.int. [Internet]. Safety issues in the preparation of homeopathic medicines. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Available From: <http://www.medicines/areas/traditional/Homeopathy.pdf>
23. Bordet MF, Colas AP, Marijnen JL, Masson M.(2008)."Trichard Treating hot flushes in menopausal women with homeopathic treatment–Results of an observational study". Homeopathy: 97: (1): 10–15.
24. Carpenter JS, Neal JG.(2005). "Other complementary and alternative medicine modalities: acupuncture, magnets, reflexology, and homeopathy". The American Journal of Medicine. 118(12):109-117
25. Kalyon AT. (2007)."Akupunktur tedavisi". Türk Fiz Tıp Rehab Dergisi: 53(2): 52-7
26. Borud E, White A.(2010). "A review of acupuncture for menopausal problems". Maturitas; 66:131–134
27. Chiu HY, Pan CH, Shyu YK., Han BC, Tsai PS. (2015). "Effects of acupuncture on menopause-related symptoms and quality of life in women in natural menopause: a meta-analysis of randomized controlled trials". Menopause: 22 (2): 234–244
28. Dodin S, Blanchet C, Marc I, Ernst E, Wu T, Vaillancourt C, Paquette J, Maunsell E.(2013). "Acupuncture For Menopausal Hot Flashes". Cochrane Database Syst Rev:7: 1-64
29. Bayraktar E. (2015). "Kanıtı dayalı rehberleriyle tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar" Başer M, Taşcı S (Ed).Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi
30. Menopause.Org. [Internet]. North American Menopause Society. Consumer Education Committee. Treating hot flashes. 2012. Available From: <http://www.menopause.org/docs/for-women/mnflashes.pdf>. Accessed 15 June 2014.)
31. Daley AJ, Thomas A, Roalfe AK, Lampard HS, Coleman S, Rees M, Hunter MS, Arthur CM. (2015). "The effectiveness of exercise as treatment for vasomotor menopausal symptoms: randomised controlled trial". BJOG: 122 (4): 565–575
32. Daley A, Stokes-Lampard H, Thomas A, MacArthur C. (2014)."Exercise for vasomotor menopausal symptoms". Cochrane Database Syst Rev:11.
33. Şentürk S.(2015). "Kanıtı dayalı rehberleriyle tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar". (p.181). Başer M, Taşcı S,(Ed). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi
34. Depypere HT, Comhaire FH. (2014). Herbal preparations for the menopause: beyond isoflavones and black cohosh. Maturitas.77(2): 191-4.
35. Leach MJ, Moore V.(2012). "Black cohosh. Cimicifuga spp. for menopausal symptoms". Cochrane Database Syst Rev: 12:9.
36. Borrelli F, Ernst E. (2010). "Alternative and complementary therapies for the menopause". Maturitas: (66): 333–343.
37. Ghazanfarpour M, Sadeghi R, Roudsari RL, Khorsand I, Khadivzadeh T,Muoio B.(2015). "Red clover for treatment of hot flashes and menopausal symptoms: A systematic review and meta-analysis". J Obstet Gynaecol: 15:1-11.
38. Gün Ç, Demirci N. (2015). "Herbal Treatment in Menopause" Archives Medical Review Journal: 24(4):520-530.
39. Freedman RR.(2014). "Menopausal hot flashes: Mechanisms, endocrinology, treatment". The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology:142; 115–120

40. Irvin JH, Domar AD, Clark C. (1996). "The effects of relaxation response training on menopausal symptoms". *J Psychosom Obstet Gynaecol*:17: 202-207
41. Huang A J, Phillips S, Schembri M, Vittinghoff E, Grady D.(2015). "Device-Guided Slow-Paced Respiration for Menopausal Hot Flushes: A Randomized Controlled Trial". *Obstet Gynecol*: 125(5): 1130–1138.
42. Suprawita S, Teraporn V, Woraluk S, Manit S.(2013). "Effectiveness of a modified version of the applied relaxation technique in treatment of perimenopausal and postmenopausal symptoms". *Int J Womens Health*:5: 765–771.
43. Saensak S, Vutyavanich T, Somboonporn W, Srisurapanont M.(2014). "Relaxation for perimenopausal and postmenopausal symptoms". (p.20). Editorial Group: Cochrane Gynaecology and Fertility Group
44. Nagendra HR, Nagarathna R, Gürelman A. (Ed). (2014) "Hamilelik ve yoga". İstanbul: Purnam yayınları.
45. Land A. (Ed).(2003). "Hamilelikte Yoga". İstanbul: Melisa matbaacılık.
46. Crowe BM, Puymbroeck MV, Linder SM, Mcguire FA, Watt PJ. (2015). "The Effects of Yoga Participation on Women's. Quality of Life and Symptom Management During the Menopausal Transition: A Pilot Study". *Health Care for Women International*:36:1124 1142.
47. Booth-LaForce C, Thurston RC, Taylor MR. (2007). "A pilot study of Hatha yoga treatment for menopausal symptoms". *Maturitas*: 57(3): 286–295.
48. Cohen BE, Kanaya AM, Macer JL, Shen H, Chang AA, Grady D. (2007). "Feasibility and acceptability of restorative yoga for treatment of hot flushes: A pilot trial". *Maturitas*:56; 198–204
49. Carmody J, Crawford S, Blotcher ES, Leung K, Linda Churchill, Olendzki N. (2011). "Mindfulness Training for Coping with Hot Flashes: Results of a Randomized Trial". *Menopause*:18(6): 611–620.
50. Carmody J, Crawford S, Churchill L. (2006). "A pilot study of mindfulness-based stress reduction for hot flashes". *Menopause*:13(5):760-9

İNTESTİNAL STOMANIN CİNSEL YAŞAM ÜZERİNE ETKİSİ: SİSTEMATİK DERLEME

EFFECT OF INTESTINAL STOMA ON SEXUEL LIFE: A SYSTEMATIC REVIEW

Pınar TUNÇ TUNA¹, Esra USLU², Şerife KURŞUN³

ÖZET

Bu sistematik derlemenin amacı, intestinal stoması olan bireylerde stomanın cinsel yaşam üzerine etkisini belirlemektir. Çalışma, Pubmed, EBSCO Host, ProQuest Central, ULAKBİM Tıp Veri Tabanı, Türk Psikiyatri Dizini, Türk Medline veri tabanları taranarak yürütülmüştür. İngilizce anahtar kelimeler için "Medical Subject Headings" ve Türkçe anahtar kelimeler için ise "Türkiye Bilim Terimleri" dizinlerine bakılmıştır. Dahil edilme ölçütlerine uyan dört makale çalışmaya alınmıştır. Bu sistematik derleme kapsamında değerlendirilen makalelerin iki tanesi karma tip, bir tanesi randomize kontrollü çalışma (RKÇ), bir tanesi de tanımlayıcı tipte tasarlanmıştır. Yalnızca bir çalışma da hemşirelik bakımının etkinliği değerlendirilmiştir. Bu çalışma da Türkiye'de yürütülmüştür. Stomalı bireylerde stomanın; eş uyumunu, cinsel fonksiyonu, cinsel doyumu, cinsel aktivite sıklığını ve ereksiyonu olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sistematik derleme, bu konuda yapılan çalışmaların sayısal sınırlılığını, stomanın cinsel yaşamı olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. Bu kapsamda, ülkemizde mevcut durumu ortaya koyan tanımlayıcı çalışmaların planlanması, RKÇ sayısının artırılması, cinsel aktiviteyi değerlendiren farklı girişimlerin etkisinin incelendiği çalışmaların yapılması ve hemşirelerin bu alanda güçlendirilmesi/ desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cinsellik, Hemşirelik, Stoma

ABSTRACT

The objective of this systematic compilation is to determine effect of stoma in individuals with intestinal stoma on their sexuality. The study was conducted by reviewing databases of Pubmed, EBSCO Host, ProQuest Central, ULAKBİM Medicine, Turkish Psychiatry Index and Turkish Medline database. "Medical Subject Headings" was used for keywords in English and "Türkiye Bilim Terimleri" was used for keywords in Turkish. Four articles that meet inclusion criteria were included in the study. Of the articles evaluated within this systematic compilation, two articles were designed as mix type, one article was designed as randomized controlled study (RKS) and one article was designed as descriptive type. Only one study evaluated effectiveness of nursing care. This study was conducted in Turkey. It was concluded that stoma negatively affects spouse cohesion, sexual function, sexual satisfaction, frequency of sexual activity and erection. This systematic compilation put forth numerical limitation of studies on this subject and negative effect of stoma on sexual life. Within this scope, it is recommended to plan descriptive studies revealing current situation in our country, to increase the number of RKS, to carry out studies that analyze the effect of different initiatives evaluating sexual activity and to reinforce/support nurses on this field

Keywords: Nursing, Sexuality, Stoma

¹Arş. Gör.Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu

²Öğr. Gör.Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu

³Yrd. Doç. Dr. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İletişim/ Corresponding Author : Pınar Tunç Tuna
e-posta : pinartuntuna@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 10.02.2017
Kabul Tarihi / Accepted : 25.04.2016

GİRİŞ VE AMAÇ

Stoma çeşitlerinden biri olan intestinal stomalar, hastalık ya da travma sonucunda bağırsağın çıkarılmasını gerektiren durumlarda, dışkının çıkışını sağlamak amacıyla açılır. İntestinal stomalar kolostomi ve ileostomi olmak üzere iki çeşittir.^{1,2} Amerika’da 700.000’den fazla stomalı birey yaşamakta ve her yıl 100.000’in üzerinde stoma cerrahisi yapılmaktadır.³ Ülkemizdeki stomalı bireylerin insidansı hakkında herhangi bir veriyle ulaşılamamıştır.

Bireylerde intestinal stomaların varlığı fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden sorunlara neden olmaktadır.^{4,5} Psikososyal sorunlar; beden algısının bozulması, benlik saygısında azalma, sızıntı ve koku korkusu nedeniyle içe kapanma, sosyal izolasyon, depresyon, eş uyumu problemleri ve cinsel işlev bozukluklarıdır.^{5,6} Cinsel sorunlar stomalı bireylerde en sık görülen problemler arasında yer almaktadır.^{7,8}

Temel insan gereksinimlerinden birisi olan cinsellik stoma ameliyatı sonrasında da devam etmesi gereken önemli bir yaşam aktivitesidir.^{9,10} Stomanın evlilik ve cinsel fonksiyonlar üzerine genellikle fiziksel bir etkisi yoktur.¹¹ Yaşanan cinsel sorunların temeli duygusal kökenlidir veya mitlere (stomalı kadınlar hamile kalamaz, stomam olduğu için beni kimse sevmez, stoma ereksiyona engeldir, stomada oluşan koku

nedeniyle partnerim beni terk eder, cinsel aktivite stomaya zarar verir) dayanmaktadır.¹² Stomalı bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda stomanın, partner ilişkisini,^{5,13,14} cinsel fonksiyonu,^{14,15} cinsel doyumunu,¹⁴⁻¹⁶ cinsel aktivite sıklığını¹⁵ ve erektil fonksiyonları¹⁴ etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Stoma nedeniyle yaşanan cinsel problemler; bireylerin yaşam kalitesini, sosyal ilişkilerini, tedaviye uyumlarını ve cinsellik konusundaki tutumlarını etkilemektedir.¹⁷ Bu nedenle stomalı bireylerin bakımında yer alan hemşireler önemli sorumluluklara sahiptir.^{10,18} Fakat hemşireler cinsellik aktivitesini yeterli düzeyde değerlendirmekte sorun yaşamaktadırlar.¹⁹⁻²² Oysa hastalar, cinselliğe yönelik kaygılarını ilk olarak hemşireleri ile paylaşmak istemektedirler.²³ Bu nedenle hemşirelerin stomalı bireylerin yaşayabileceği olası cinsel problemlerin farkında olması problemlerin çözümü için gereklidir.¹⁷

Bu bilgiler ışığında, çalışmada, intestinal stomanın cinsel yaşam üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda araştırma sorusu “Stomanın cinsel yaşam üzerine etkisi nedir?” şeklinde oluşturulmuştur.

MATERYAL VE METOT

Bu sistematik derleme; York Üniversitesi Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü tarafından geliştirilen rehber göre yapılmıştır.²⁴ Çalışma, Pubmed, EBSCO Host, ProQuest Central, Ulakbim Tıp Veri Tabanı, Türk Psikiyatri Dizini, Türk Medline veri tabanları taranarak yürütülmüştür. Anahtar kelimeler için “Medical Subject Headings” ve “Türkiye Bilim Terimleri” dizinlerine bakılmıştır. Belirlenen anahtar

kelimeler çeşitli kombinasyonlar oluşturularak taranmıştır (Tablo 1).

En son tarama Temmuz 2016’da yapılmıştır. Çalışmaya; Türkçe ve İngilizce dillerinde yapılmış, katılımcılarına intestinal stoma açılmış, cinselliğin değerlendirildiği, sonuçları hemşirelik ile ilişkilendirilebilen, nitel/nicel yöntemlerin kullanıldığı, tam metin makaleler dahil edilmiştir. Türkçe ve İngilizce dışındaki dillerde yapılmış, katılımcılarına intestinal stoma açılmamış,

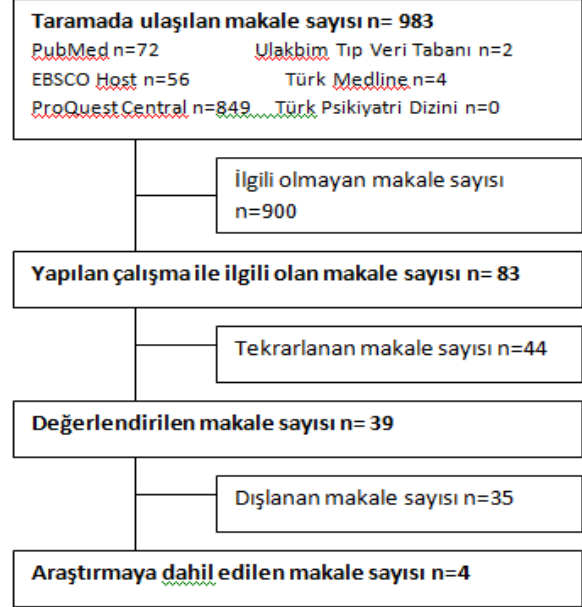
cinselliğin değerlendirilmediği, sonuçları hemşirelik mesleği ile ilişkilendirilemeyen, araştırma deseni derleme olan ve tam metnine ulaşılamayan makaleler dışlanma kriterlerini oluşturmuştur.

Tablo 1. Taramada Kullanılan Anahtar Kelimeler

İngilizce	Türkçe
Stoma AND sexuality AND nurse	Stoma VE cinsellik VE hemşire
Stoma AND sexuality AND nursing	Stoma VE cinsellik VE hemşirelik
Stoma AND <u>sexual satisfaction</u> AND nurse	Stoma VE cinsel doyum VE hemşire
Stoma AND <u>sexual satisfaction</u> AND nursing	Stoma VE cinsel doyum VE hemşirelik

Çalışmaya, makalelerin başlıkları ve özet kısımları incelemeye alınarak başlanmıştır (n=983). Çalışmanın amacına uygun olan makaleler belirlenmiştir (n=83). Tekrarlanan makaleler tespit edilip, çıkarılmıştır (n=39). Son olarak; dahil edilme kriterlerine uygun olanlar seçilmiştir (n=4). Araştırma deseni dahil edilme kriterleri ile uyuşmayan

(sistemik derleme/derleme n=28), dili Türkçe ya da İngilizce olmayan (n=4), örnekleminde intestinal stoma dışında girişim bulunulan (n=3) araştırmalar çalışmanın dışında bırakılmıştır. Araştırma süreci Şekil 1'deki gibidir.



Şekil 1. Araştırma Süreci

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu sistemik derlemede dört araştırma makalesi incelenmiştir. Araştırmaların ikisi Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), biri Türkiye'de ve biri de Avustralya'da yapılmıştır. İncelenen çalışmalardan elde edilen bulgular "örneklem, amaç /girişim, ölçüm aracı ve stomanın cinselliğe etkisi" başlıkları altında ele alınmıştır (Tablo 2).

Örneklem

Değerlendirmeye alınan ilk makale karma tipte (vaka kontrol+nitel) tasarlanmış olup Krouse ve arkadaşlarına aittir. Bu çalışmanın örneklemini intestinal stoması olan 511 katılımcı oluşturmuştur. Bu katılımcılardan 239'u vaka ve 272'si kontrol grubuna dahil edilmiştir. Analiz tüm bireylerin katılımı ile tamamlanmıştır.¹³ Yine benzer şekilde

tasarlanan ikinci çalışmayı Symms ve arkadaşları yürütmüştür. Yalnızca erkeklerin katıldığı bu çalışmaya bağırsak operasyonu olan 481 birey dahil edilmiştir. Vaka grubuna intestinal stoma açılan 224, kontrol grubuna ise intestinal stoma açılmayan 257 kişi alınmıştır. Analiz tüm bireylerin katılımı ile tamamlanmıştır.¹⁴ Konu ile ilgili olarak Ayaz ve Kubilay'ın yürüttüğü randomize kontrollü çalışmanın örneklemini stoma açılmış 60 kişi oluşturmuştur. Deney ve kontrol grubuna 30'ar kişi alınmıştır. Analize tüm katılımcılar dahil edilmiştir.¹⁵ Son olarak Knowless ve arkadaşları çalışmalarına Crohn's hastalığı nedeniyle stoma açılan 80 kişiyi dahil etmişlerdir. Tanımlayıcı tipte tasarlanan bu

çalışmanın analizi 31 kişi ile tamamlanmıştır.¹⁶

Amaç/Girişim

Amacı, erkeklerde intestinal stomanın yaşam kalitesine etkisini belirlemek olan Krouse ve arkadaşlarına ait makalede, veriler ölçüm araçları kullanılarak toplanmıştır. Vaka ve kontrol grubuna herhangi bir girişimde bulunulmamıştır.¹³ Symms ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmanın amacı da benzer şekilde erkeklerde stomanın cinsel sağlık ve yaşam kalitesine etkisini incelemektir. Ölçüm aracı ile veriler toplanmış olup herhangi bir girişimde bulunulmamıştır.¹⁴ Ayaz ve Kubilay'ın çalışmasının amacı ise PLISST modelinin stoması olan bireylerin cinsel sorunlarının çözümündeki etkinliğini belirlemektir.¹⁵ Bu model cinsel sorunların çözümü için geliştirilmiş ve dört seviyeden oluşmuştur. Modelde yer alan seviyeler sırası ile P- İzin verme (Permission), LI- Sınırlı bilgi (Limited Information), SS- Özel öneriler (Specific Suggestions), IT – Yoğun terapi (Intensive Therapy) şeklindedir.²³ Deney grubundaki bireylere toplam sekiz ev ziyareti yapılarak bu model ile bakım sağlanmış, etkinliği ölçüm aracı ile değerlendirilmiştir. Son olarak Knowless ve arkadaşları çalışmalarında Crohn's hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesi ile operasyon türün, stoma çeşidi, hastalık algısı, başatme yöntemi, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlamıştır. Bu doğrultuda tüm katılımcılara ilgili ölçüm aracı uygulanmıştır.¹⁶

Ölçüm Aracı

İncelenen çalışmalarda birçok ölçüm aracı kullanılmıştır. Bu makalede yalnızca cinselliği değerlendiren ölçüm araçlarına yer verilmiştir. Bu doğrultuda Krouse ve arkadaşları stomalı bireylerin yaşam kalitesine ilişkin görüşlerinin belirlendiği "City of Hope Quality of Life Ostomy (mCOH-QOL-Ostomy)" isimli anketi kullanmışlardır. Bu ölçek likert ve likert olmayan iki kısımdan oluşmaktadır. Likert

olmayan bölümde cinsel aktivite, açık uçlu sorularla değerlendirilmiştir.¹³ Benzer şekilde Symms ve arkadaşları da mCOH-QOL-Ostomy anket formu ile cinselliği değerlendirmişlerdir.¹⁴ Ayaz ve Kubilay ise katılımcıların cinselliğini değerlendirmek için üç bölümden oluşan "Glombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)" envanterini kullanmışlardır.¹⁵ Son olarak Knowless ve arkadaşları beş bölümden oluşan ve bir bölümü cinselliği sorgulayan "The Stoma Quality of Life Scale (SQOL)"yı kullanmışlardır.¹⁶

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen makalelerin genel özellikleri

Makale	Hemşirenin konumu	Araştırma deseni	n	Amaç	Girişim	Ölçüm aracı	Stomanın cinselliğe etkisi
Krouse ve ark., 2007 ABD	Yürütücüleri hemşiredir	Karma tip (Vaka kontrol+nitel)	n=511 Vaka Grubu; n=239 Kontrol Grubu; n= 272	Stomanın erkeklerin yaşam kalitesine etkisini belirlemek	Girişimde bulunulmamıştır	mCOH-QOL-Ostomy	İntestinal stomalı erkeklerin %68'inin eşleri, stoma torbasından rahatsızlık duymuştur.
Symms ve ark., 2008 ABD	Hemşirelik dergisinde yayımlanmıştır ve hemşirelere öneriler sunmuştur	Karma tip (Vaka kontrol+nitel)	n=481 Vaka Grubu; n=224 Kontrol Grubu; n=257	Stomanın erkeklerin cinsel sağlığı ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek	Girişimde bulunulmamıştır	mCOH-QOL-Ostomy	İntestinal stomalı erkeklerin %69'u stomanın eş uyumlarını olumsuz etkilenmiş, stoma nedeniyle cinsel fonksiyonlarında azalma olmuş (p=0,015), stoma cinsel doyumunu etkilememiş (p=0,105), stoma ile birlikte erektil problemler artmıştır (p=0,004). Ayrıca stomanın cinselliği etkileyen ve etkilemeyen faktörleri p değerleri eşliğinde açıklanmıştır.
Ayaz ve Kubilay 2008 Türkiye	Hemşirelik dergisinde yayımlanmıştır ve hemşirelere öneriler sunmuştur	Randomize Kontrollü Çalışma	n=60 Deney Grubu; n=30 Kontrol Grubu; n=30	Stomalı bireylerde PLISST modelinin cinsel sorun çözümündeki etkisini belirlemek	Deney grubu PLISST modeli ile bakım almıştır. Kontrol grubuna girişimde bulunulmamıştır	GRISS	PLISST modeli ile bakımın cinsel fonksiyonlarda düzelme sağladığı (p<0,05), bakım almayan grubun cinsel fonksiyonlarının bozulduğu (p<0,05), deney grubundaki katılımcıların cinsel doyuma ilişkin sorunları (p<0,05) ve aktivite sıklığı sıklığına ilişkin problemleri daha az yaşadığı belirlenmiştir. (p<0,05).
Knowless ve ark. 2013 Avustralya	Hemşirelik dergisinde yayımlanmıştır	Tanımlayıcı çalışma	n=80	Stomanın iyilik hali ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek	Girişimde bulunulmamıştır	SQOL	Cinsel doyum ile zayıf hastalık algısı (p<0,05, r=-0,40) ve depresyon (p<0,05, r=-0,37) arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

mCOH-QOL-Ostomy: City of Hope Quality of Life Ostomy, **HR-QOL:** Health-Related Quality Of Life, **GRISS:** Glombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction , **SQOL:** The Stoma Quality of Life Scale

Stomanın cinselliğe etkisi

Bu çalışmada stomanın cinselliğe etkisi beş başlık altında sunulmuştur. Bunlar “eş uyumu, cinsel fonksiyon, cinsel doyum, cinsel aktivite sıklığı ve erektil problemler” dir.

-Eş uyumu iki çalışmada değerlendirilmiştir. Bunlardan ilki Krouse ve arkadaşları tarafından ele alınmıştır. Bu çalışmaya göre intestinal stomalı erkeklerin %68’i (n=168) gelen eşlerinin stoma torbasından rahatsızlık duyduğu sonucuna ulaşmıştır.¹³ Symms ve arkadaşları da eş uyumunu stomalı erkeklerin %69’undan (n=154) gelen veriler ile değerlendirmiştir. Katılımcılar, stomanın eş uyumunu altüst ettiğini ve bu konuda ciddi korku yaşadıklarını belirtmiştir. Partneri olan ve olmayan stomalı bireyler karşılaştırıldığında ise parteri olan bireylerin yaşam kalitesi puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur.¹⁴

-Cinsel fonksiyon iki çalışmada değerlendirilmiştir. Symms ve arkadaşları tarafından yapılan ilk çalışmada cinsel fonksiyon cinsel aktiviteyi sürdürebilme becerisi olarak tanımlanmıştır. Bu kapsamda operasyon öncesinde intestinal stoma açılacak bireyler vaka, stoma açılmayacak bireyler kontrol grubuna dahil edilmiştir. Operasyon öncesi dönemde katılımcıların cinsel fonksiyonları değerlendirildiğinde, vaka grubundakilerin cinsel fonksiyonlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır (p<0,001). Operasyon sonrası dönemde ise stoma açılan vaka grubunda cinsel fonksiyonlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır (p=0,015). Yine aynı çalışmada stoma açılan bireylerin gelir düzeyinin (p=0,004), stoma çeşidinin (p=0,002), stoma açılma sebebinin (p=0,002) ve yaşının (p=0,039) cinsel fonksiyonunu etkilediği görülmüştür. Etnik kökenin, eğitim düzeyinin, medeni durumun ise cinsel fonksiyonları etkilemediği tespit edilmiştir (p>0,005). Bununla birlikte yüksek puanların yüksek yaşam kalitesini belirttiği mCOH-QOL-Ostomy anketinde cinsel

fonksiyonlarını sürdürebilen ve sürdüremeyen stomalı bireylerin yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde, sürdürebilenlerin yaşam kalitesi puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,001).¹⁴ Son olarak Ayaz ve Kubilay’ın yürüttükleri çalışmada cinsel fonksiyon GRISS ile ölçmüştür. Ölçekten alınan yüksek puanlar cinsel sorunların varlığına işaret etmektedir. GRISS operasyon öncesi dönemde ve operasyondan hemen sonra deney (PLISSIT modeli ile bakım alan grup) ve kontrol grubuna, operasyondan altı ay sonra ise yalnızca deney grubuna uygulanmıştır. Operasyon öncesi dönemde her iki grupta GRISS toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05). Grupların operasyon sonrası puanları karşılaştırıldığında ise deney grubundaki bireylerin ön test ve son test puanlarının yakın olduğu, kontrol grubundakilerin ise son test puanlarının yükseldiği görülmüştür (p<0,05).¹⁵

-Cinsel doyum üç çalışmada değerlendirilmiştir. İlk olarak cinsel doyum Symms ve arkadaşları tarafından ele alınmıştır. Operasyon sonrasında vaka (stomalı) ve kontrol grubunun (stomasız) cinsel doyum düzeyleri arasında farklılık tespit edilmemiştir (p=0,105). Yine aynı makalede gelir düzeyinin cinsel doyumunu etkilediği (p=0,004); etnik kökenin, eğitim düzeyinin, medeni durumun, stoma çeşidinin, stoma açılma sebebinin ve yaşın cinsel doyum etkilemediği bulunmuştur (p>0,05). Bununla birlikte yüksek puanların yüksek yaşam kalitesini belirttiği mCOH-QOL-Ostomy anketine göre cinsel doyum yaşayan ve yaşamayan stomalı bireyler karşılaştırıldığında cinsel doyum yaşayanların yaşam kalitesi puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,001).¹⁴ Cinsel doyum Ayaz ve Kubilay tarafından da değerlendirilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre; her iki gruptaki tüm bireylerin operasyon öncesi yapılan ölçümlerinde, cinsel doyum ortalama puanlarının birbirine yakın olduğu ve aralarında istatistiksel olarak

anlamli farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Son ölçümde ise deney grubundaki katılımcıların cinsel doyum konusunda daha az sorun yaşadığı belirtilmiştir ($p<0,05$).¹⁵ Son olarak Knowless ve arkadaşları stomalı bireyler cinsel doyumunu değerlendirmişlerdir. Yaşam kalitesini ölçmek amacı ile kullandıkları SQOL'nin alt boyutlarından biri cinsel doyumunu değerlendirmektedir. Buna göre cinsel doyum ile zayıf hastalık algısı ($p<0,05$, $r=-0,40$) ve depresyon ($p<0,05$, $r=-0,37$) arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.¹⁶

-Cinsel aktivite sıklığı; yalnızca Ayaz ve Kubilay tarafından değerlendirilmiştir. Cinsel aktivite sıklığı ortalama puanının her iki grupta da operasyon öncesi dönemde birbirine yakın olduğu tespit edilmiştir. Son test ölçümlerinde ise deney grubunun cinsel aktivite sıklığı konusunda daha az problem yaşadığı tespit edilmiştir ($p<0,05$).¹⁵

-Eretil problemler yalnızca Symms ve arkadaşları tarafından incelenmiştir. Operasyon öncesi dönemde vaka grubunda eretil problemler istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az görülmüştür ($p=0,004$). Operasyon sonrası dönemde ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,001$). Aynı makalede eretil problemler ile etnik köken, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, medeni durum, stoma çeşidi, stoma açılma sebebi ve yaş arasında bir fark olmadığı ortaya konulmuştur ($p>0,05$). Bununla birlikte yüksek puanların yüksek yaşam kalitesini belirttiği mCOH-QOL-Ostomy anketine göre eretil problem yaşayan ve yaşamayan stomalı bireyler karşılaştırıldığında yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,186$).¹⁴

Bu çalışmada elde edilen veriler, intestinal stomanın cinsel yaşam üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte elde edilen sonuçlar hemşirelere, intestinal stomalı bireylerin cinsellik aktivitesine ilişkin parametreler ve

hemşirelik bakımı hakkında kaynak oluşturmuştur.

İntestinal stoması olan bireyler cinsel konularda ciddi problemler yaşamaktadır.^{18, 25} Yapılan bir çalışmada stomalı bireylerin %78'inde cinsel fonksiyonda azalma, %34'ünde cinsel doyumda azalma olduğu bulunmuştur.²⁶ Bir diğer değer çalışmada ise ileostomili bireylerin % 95'inin, kolostomili bireylerin ise %81'inin cinsel sorunlar yaşadığı görülmüştür.²⁷ Bu sistematik derlemenin bulgularına göre intestinal stomanın eş uyum problemlerine neden olduğu, cinsel fonksiyonları bozduğu, cinsel doyumunu ve cinsel aktivite sıklığını azalttığı, eretil problemlere neden olduğu saptanmıştır.¹³⁻¹⁶

İntestinal stomanın bireylerin cinsel yaşamları üzerinde birçok olumsuz etkileri vardır.²⁸ Buna rağmen, bu araştırmaya, stomanın cinsel yaşam üzerindeki etkilerini inceleyen yalnızca dört çalışma dahil edilebilmiştir. Bu sayı konu ile ilgili yapılan çalışmaların sınırlılığı ile ilişkilendirilebilir. Reese ve arkadaşları da bu alanda yeterli sayıda çalışmanın olmadığını ifade etmişlerdir.²⁹ Bu çalışmaların üç tanesi tanımlayıcı desende, bir tanesi RKÇ olarak tasarlanmıştır. Deneysel araştırmalar neden-sonuç ilişkilerini en iyi şekilde inceleyen ve güçlü kanıtlar sunan tasarımlardır ve bunlardan biri olan RKÇ'nin kanıt düzeyi yüksektir.^{30, 31} Bu araştırmada yalnızca bir RKÇ'ye ulaşılmış olması, bu alanda daha fazla RKÇ'lere ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Stoma cerrahisi sonrasında bireylerin cinsellik aktivitesinde değişimler yaşanmaktadır.¹³⁻¹⁶ Bu değişimler bireyler tarafından ihtiyaç duyulan psikososyal bakım gereksinimini ortaya koymaktadır.^{16,21,32} Buna karşın bu sistematik derlemede yalnızca bir çalışmanın hemşirelik girişimi odaklı olması dikkat çekici bir bulgudur. Bu durum, stomanın cinsel yaşam üzerindeki olumsuz etkisini azaltan ve hemşirelik girişimlerini tanımlayan çalışmalara duyulan

gereksinimi ortaya koymaktadır. İncelenen diğer üç çalışma ise tanımlayıcı desende tasarlandığı için hemşirelik girişimi içermemektedir ancak sonuçları stomalı bireylerde cinselliği etkileyen faktörleri ortaya koymaktadır. Stomanın bireyler üzerindeki etkilerinin bilinmesi hemşirelik bakım planlarının yürütmesinde yol gösterici olması nedeniyle^{18,33} bu araştırmadan elde edilen sonuçlar hemşirelerin stomalı bireylerin cinsellik aktivitesini değerlendirmesine rehberlik edebilir.

Stomalı bireylerin yaşadığı cinsel problemlere karşın hemşirelerin bu problemlerin çözüm sürecinde güçlük yaşaması^{19-22,34} ve bu konuda kendilerini donanımlı hissetmemesi^{20,35-37} üzerinde durulması gereken bir durumdur. Çünkü çok boyutlu bir kavram olan cinselliğin herhangi bir boyutundaki bir bilgi eksikliği dahi cinsellik konusundaki bakım sürecini güçleştirir.³³ Bu nedenle hemşirelerin stomalı bireylerin cinselliğini değerlendirmeye ilişkin bilgi düzeylerinin, farkındalıklarının artırılması ve bu kapsamda hemşirelere

hizmet içi eğitim ya da kurslar verilmesi, akademisyenlerle iş birliği yapılması hemşireler için destekleyici bir yaklaşım olabilir.³⁸

Stomalı bireylerde, en kısa sürede operasyon öncesi yaşamlarına dönmesi için cinsel problemlerinde yer aldığı bir bakım verilmesi önerilmektedir.^{21,39} Bu kapsamda model doğrultusunda bakım verilmesi stomalı bireylerin cinsel problemlerinin çözümünde katkı sağlar.^{15,38,40}

Bu sistematik derlemenin bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk sınırlılığı, Türkçe ve İngilizce dilleri dışında yapılan çalışmaların kapsam dışı bırakılmasıdır. Bir diğer sınırlılığı ise çalışmanın altı veri tabanı taranarak yürütülmesidir. Bununla birlikte incelenen çalışma sayısının yalnızca dört makale ile sınırlı kalması ve değerlendirmeye alınan çalışmaların çoğunun araştırma deseninin deneysel olmayan yöntemi kapsamı sınırlılıklar arasındadır. Bu nedenle, sonuçlar dikkatle yorumlanmalı ve genellenmemelidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu sistematik derleme sonuçları, stomanın cinsellik aktivitesini olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. Bunla birlikte stomanın cinsellik üzerindeki etkisini inceleyen, hemşirelik bakımının etkinliğini değerlendiren deneysel çalışmaların sayıca

yetersizliğini göstermektedir. Bu kapsamda, ülkemizde mevcut durumu ortaya koyan tanımlayıcı çalışmaların planlanması ve stomanın cinsel aktivite üzerindeki etkisini hemşirelik bakımı ile değerlendiren RKÇ sayısının artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Smith DM, Loewenstein G, Rozin P, Sherriff RL, Ubel PA. (2007). Sensitivity To Disgust, Stigma, And Adjustment To Life With A Colostomy. *Journal of Research in Personality*, 41(4): 787–803.
2. Krouse RS, Grant M, Rawl SM, Mohler SM, Baldwin CM, Coons SJ, et al. (2009). Coping And Acceptance: The Greatest Challenge For Veterans With Intestinal Stomas. *Journal Psychosom Research*, 66(3): 227–232.
3. McGorry J. For Immediate Release, "Let's Be Heard". Largest Us Non-Profit Ostomy Support Group Organization. (2012). http://www.ostomy.org/uploaded/files/events/wod_2012_press_release_20120821.pdf Accessed: 21.07.2016
4. Toth PE. (2006). Ostomy Care And Rehabilitation In Colorectal Cancer. *Seminars In Oncology Nursing*, 22(3): 174-177.
5. Kılıç E, Taycan O, Belli AK, Özmen M. (2007). Kalıcı Ostomi Ameliyatının Beden Algısı, Benlik Saygısı, Eş Uyumu Ve Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4): 302-310.
6. Karadağ A, Mentş B, Üner A, İrkörücü O, Ayaz S, Özkan S. (2003). Impact Of Stomatherapy On Quality Of Life In Patients With Permanent Colostomies Or İleostomies. *Journal Of Colorectal Disease*, 18(3): 234-238.
7. Yazdanpanah Y, Klein O, Gambiez L, Baron P, Desreumaux Marquis P, et al. (1997). Impact Of Surgery On Quality Of Life In Crohn's Disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 92(10): 1897–190.
8. Nugent KP, Daniels P, Stewart B, Patankar R, Johnson CD. (1999). Quality Of Life In Stoma Patients. *Diseases of the Colon & Rectum*, 42(12): 1569–1574.
9. Maslow AH. (1943). A Theory Of Human Motivation. Originally Published In *Psychological Review*, 50: 370-396.
10. Gutman N. (2011). *Colostomy Guide*. A Publication Of The United Ostomy Associations Of America, 1-19.

11. United Ostomy Associations Of America. Colostomy Fact Sheet. (2016).
http://www.ostomy.org/colostomy_facts_english.html,
http://www.ostomy.org/ileostomy_facts_english.html
Accessed:02.08.2016
12. Turnbull G. (2009). Intimacy After Ostomy Surgery Guide. A Publication Of The United Ostomy Associations Of America.
13. Krouse RS, Grant M, Wendel CS, Mohler MJ, Rawl SM, Baldwin CM, et al. (2007). A Mixed-Methods Evaluation Of Health-Related Quality Of Life For Male Veterans With And Without Intestinal Stomas. *Diseases Of The Colon & Rectum*, 50(12): 2054-5066.
14. Symms MR, Rawl SM, Grant M, Wendel CS, Coons SJ, Hickey S, et al. (2008). Sexual Health And Quality Of Life Among Male Veterans With Intestinal Ostomies. *Clinical Nurse Specialist*, 22(1): 30-40.
15. Ayaz S, Kubilay G. (2008). Effectiveness Of The Plisst Model For Solving The Sexual Problems Of Patients With Stoma. *Journal of Clinical Nursing*, 18(1): 89-98.
16. Knowles SR, Wilson J, Wilkinson A, Connell W, Salzberg M, Castle D, et al. (2013). Psychological Well-Being And Quality Of Life In Crohn's Disease Patients With An Ostomy. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 40(6): 623-629.
17. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. (1999). Sexual Dysfunction In The United States: Prevalence And Predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281(6): 537-544.
18. Brown H, Randle J. (2005). Living With A Stoma: A Review Of The Literature. *Journal Of Clinical Nursing*, 14(1): 74-81.
19. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. (2004) Opening A Can Of Worms: Gp And Practice Nurse Barriers To Talking About Sexual Health In Primary Care. *The Journal of Family Practice*, 21(5): 528-536.
20. Mick JM. (2007). Sexuality Assesment:10 Strategies For Improvement. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(5): 671-674.
21. Ayaz S. (2008). Stomalı Bireylerin Cinsel Sorunlarına Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 16(2):89-93.
22. Demirgöz Bal N. (2014). Hemşirelerin Cinsel Bakıma İlişkin Tutum Ve İnançları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*,11(3): 38-42.
23. Taylor B, Davis S. (2006). Using The Extended Plisst Model To Address Sexual Healthcare Needs. *Nursing Standard*, 21(11): 35-40.
24. Dixon Woods M, Bonas A, Booth A, Jones DR, Miller T, Sutton AJ, et al. (2006). How Can Systematic Reviews Incorporate Qualitative Research? A Critical Perspective. *Qualitative Research*, 6: 27-44.
25. Junkin J, Beitz JM, Colwell JC. (2005). Sexuality And The Person With A Stoma: Implication For Comprehensive Woc Nursing Practice. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 32(2): 121-128.
26. Weerakoon P. (2001). Sexuality And The Patient With A Stoma. *Sexuality And Disability*, 19(2): 121-129.
27. Silva MA, Ratnayake G, Deen KI. (2003). Quality Of Life Stoma Patients: Temporary Ileostomy Versusu Colostomy. *World Journal Of Surgery*, 27(4): 421-424.
28. Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, Tafreshi M.Z. (2010). Quality Of Life In Ostomy Patients: A Qualitative Study. *Patient Preference and Adherence*, 5: 1-5.
29. Reese JB, Finan PH, Haythornthwaite JA, Kadan M, Regan JK, Herman RM, et al. (2013). Gastrointestinal Ostomies And Sexual Outcomes: A Comparison Of Colorectal Cancer Patients By Ostomy Status. *Supportive Care In Cancer*, 22(2): 461-468.
30. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. (2014). Nitel Araştırma tasarımları, Hemşirelikte Araştırma.1. Baskı, İstanbul, Türkiye: Nobel Tıp Kitapevi, 112.
31. Harbour R, Miller J.A. (2001). New System For Grading Recommendations In Evidence Based Guidelines. *British Medical Journal*, 323(7308): 334-336.
32. Taylor C, Morgan L. (2011). Quality Of Life Following Reversal Of Temporary Stoma After Rectal Cancer Treatment. *Eur J Oncol Nurs*, 15(1): 59-66.
33. White C. (2013). Sexual Health Following Stoma Surgery. *Gastrointestinal Nursing*, 11(6): 38-43.
34. Borwell B. (1997). The Psychosexual Needs Of Stoma Patients. *Journal of Professional Nursing*, 12(4): 250-255.
35. Reynolds K, Magnan M. (2005). Nursing Attitudes And Beliefs Toward Human Sexuality. *Clinical Nurse Specialist*, 19(5): 255-259.
36. Magnan MA, Reynolds KE, Galvin EA. Barriers To Addressing Patient Sexuality In Nursing Practice. (2005). *Medical-Surgical Nurses*, 14(5): 282-289.
37. Saunamaki N, Andersson M, Engstrom M. (2010). Discussing Sexuality With Patients: Nurses' Attitudes And Beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6): 1308-1316.
38. Uslu E, İnfal S, Ulusoy, M.N. (2016). Cinsel Sorunların Çözümünde Plisst Modelinin Etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1): 52-63.
39. Cardoso DBR, Almeida CE, Santana ME, Carvalho DS, Sonobe HM, Sawada NO. (2015). Sexuality Of People With İntestinal Ostomy. *Revista Rene*, 16(4): 576-585.
40. Southard NZ, Keller J. (2009). The İmportance Of Assessing Sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*13(2): 213-217.

HEMŞİRELERDE EMPATİK BECERİ VE ETİK DUYARLILIK İLİŞKİSİ EMPATHIC SKILLS AND ETHICAL SENSITIVITY RELATIONSHIP IN NURSES

Seval AĞAÇDİKEN¹, Aslı AYDOĞAN²

ÖZET

Hemşirelik bir yardım mesleğidir ve yardım edici ilişki üzerine temellenen hemşirelik bakımının en önemli temel bileşeni empatidir. Hemşirelerin hasta ile iletişim kurabilmeleri aynı zamanda bir iletişim yetisi olan empatik beceri gelişimine bağlıdır. Empatik yaklaşım hasta-hemşire arasındaki iletişim sürecini kolaylaştırır, hastanın önemseydiğini ve anlaşıldığını hissetmesine yardımcı olur. Hemşirelerin empati kurabilme becerisine sahip olması hasta bireyi doğru anlamaya, gereksinimleri doğru ve tam bir şekilde belirleyip gereksinimler doğrultusunda karar vermeye yardımcı olur. Karar verme süresince hemşirelerin mesleki etik ilkelere uygun davranması ve kararların etik açıdan kabul edilebilir olması da gerekmektedir. Etik karar verebilmeleri için hemşirelerin etik duyarlılık becerilerinin gelişmiş olması önem arzeden diğer bir unsurdur. Hemşirelerin iyi bir empati becerisine ve etik duyarlılık yetisine sahip olmaları hem kendilerini hem de hasta gereksinimlerini tanıyıp, anlamalarına buna paralel olarak da daha etkin daha kaliteli ve profesyonel bir bakım hizmeti sunulmasına yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Empati, Beceri, Etik, Duyarlılık.

ABSTRACT

Nursing is a helping profession, and the most basic component of nursing care, namely of the therapeutic relationship is empathy. Nurses' ability to communicate with patients also depends upon the improvement in empathy skill. Empathy facilitates the communication process between the patient and the nurse, and helps patients feel that they are cared and understood. Nurses' ability to show empathy helps understand the patient properly; determine the requirements appropriately and thoroughly, and make decisions in the direction of these requirements. Nurses should act appropriately to professional ethics in decision-making process and decisions should be ethically acceptable. Another component that matters is that nurses should master in ethical sensitivity to make ethical decisions. Nurses' having an effective empathy skill and the ability in ethical sensitivity help them both develop self-awareness and recognize client requirements, and accordingly, provide a more efficient and quality professional care service.

Keywords: Nurses, Empathy, Skill, Ethics, Sensitivity.

¹Yrd. Doç. Dr. Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.

² Öğr. Gör. Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

GİRİŞ VE AMAÇ

Türk Hemşireler Derneği'nin (THD) 1981 yılında yaptığı hemşirelik tanımında hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve yükseltmeyi amaçlayan bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini olarak ifade edilmiştir.¹ Hemşirelik başlangıçta bireylerin yalnızca fiziksel bakım gereksinimlerini karşılayan bir meslek olmasına rağmen günümüzde insanın sosyal ve duygusal gereksinimlerini de ele alarak bilimsel ve kaliteli bakım hizmetini sunmaktadır.^{1,2}

Bakımın en önemli alanı hemşire-hasta etkileşimidir. Etkileşim hastanın doğru anlaşılması ve gereksinimin karşılanması için bir zorunluluktur. Hemşire-hasta arasındaki etkileşim terapötik ilişkiye dayalıdır.¹ Hasta ile hemşire arasında terapötik bir ilişkinin oluşabilmesi için ilgi, güven, empati, sempati, saygı, sevgi, bağımlılık ve bağımsızlık gibi kavramların dikkate alınması gerekmektedir. Terapötik ilişkiler hastanın ihtiyaçlarını ve algılarını anlamak için kişilerarası iletişimi başlatmayı, desteklemeyi, hastanın gereksinimlerine çözüm bulmayı, problemleri azaltmayı ve çözmeyi içerir. Terapötik ilişkilerde empati, hemşire- hasta etkileşimini başlatması ve desteklemesi açısından önemlidir.^{3,4} Hemşirenin başarılı ve kolay iletişim kurabilmesinde empatik yaklaşım temel bir unsurdur.^{2, 5, 6} Empati, bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısıyla bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi sürecine denir.⁷ Kısaca empati, başkasının gözüyle görmek, başkasının kulağıyla duymak ve başkasının kalbiyle hissetmektir.⁸ Empati; ahlaki, bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri olan çok boyutlu ve karmaşık bir kavramdır. Karşısındaki rolüne girerek onun ne düşündüğünü anlama, bilişsel nitelikli bir eylem; karşısındaki hissettiklerinin birebir hissetme ise duygusal nitelikli bir eylemdir. Bilişsel rol alma, duygusal rol almanın ön şartı sayılabilir ve anlamayı başarmak zihinsel bir çaba gerektirmektedir.^{4,7}

Hemşirelik, çaresizlik, huzursuzluk, merak gibi duyguların kontrolünü, empati yapmayı ve yardım için harekete geçmeyi gerektirir. Empatik yaklaşım karşısındaki duygusal alanına girebilmeyi ve derin bir anlayışı gerektirir. Bu nedenle empati kurabilen hemşireler durumlara objektif olarak yaklaşabilirler.⁹ Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin hasta ile etkileşime girmesi, terapötik ilişki kurabilmesi ve iletişime geçebilmesi için önemli bir unsur olan empati becerisinin yapılan çalışmalarda yüksek olmadığına saptanması, hemşire ve hemşirelik öğrencilerinde empatik becerinin geliştirilmesine gerekliliğini göstermektedir.¹⁰⁻¹⁷ Klinik empati, hastanın durumunu, bakış açısını, hissettiklerini anlamaya, hastaları yarar sağlayıcı bir yol ile anlayıp, gereksinimlerin saptanmasında uygun klinik kararlar vermeye yardımcı olur.⁴ Klinik karar verme, hastanın problemini tanımlamaya ve doğru uygulamayı seçmeye odaklanan problem çözme eylemidir ve çoğu zaman bu süreçte etik kararlar verilmesi de gerekebilir.^{18, 19} Etik karar verme, bir davranışın ya da etkinliğin çeşitli yollarını ve sonuçlarını ilkeleri/kodları göz önünde bulundurarak değerlendirip etik yönden kabul edilebilir bir seçim yapma sürecidir ve etik karar verebilme etik duyarlılığın gelişimine ve düşünme yetisine bağlıdır.²⁰⁻²² Etik sorunu saptama yeteneği olan etik duyarlılık sorunları çözme, açıklık getirme olarak tanımlanmaktadır.²⁰ Etik duyarlılık, sağlık profesyonellerinin bakım verdikleri bireyleri anlama, onlara daha iyi bir bakım vermede kullandıkları yöntemler ve kapasitedir, bu anlamda empati ile benzerlik göstermektedir.^{23, 24} Empati becerisi klinik uygulamalar esnasında hastaların gereksinimlerini tam olarak anlayıp gereksinimler doğrultusunda karar verebilmeye yardımcı olur. Verilen bu kararların etik açıdan kabul edilebilir olması gerekir, hastayı anlayabilmek ve etik karar verebilmek için hemşirelerin etik duyarlılıklarının gelişmiş olması önem arz etmektedir. Empati becerisi ve etik duyarlılık hemşireler için önemli

becerilerdendir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin etik duyarlılıklarının orta düzeyde olduğunu bildirilmektedir.²⁵⁻²⁹ Literatürde empatik beceri ve etik duyarlılık ile ilgili çok sayıda çalışma bulunmaktadır ancak empatik beceri ve etik duyarlılığın ilişkisini belirleyen bir çalışmayla karşılaşılmamıştır.

Bu derleme, hemşirelerde empatik beceri ve etik duyarlılık ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Empati

Empati ya da eşduyum Yunancada *empathia*'dan köken alan bir kavramdır. "Em" veya "en" içeride "pathia" ise hissetmek anlamına gelmektedir.³⁰ Empati bir iletişim becerisidir ve kişilerarası ilişkilerde iletişimi kolaylaştırmada önemli bir rol oynar. İlişki kurmayı, dikkatle odaklanarak konunun özüne girmeyi sağlayan empati, anlamak ve anlaşılma ile gerçekleşir.^{30, 31} Rogers'a göre empati karşıdaki bireye duygularını anlattığını iletmek ve onun bakış açısına göre değerlendirme yapmaktır.⁵ Empati sözcüğü psikoloji ve psikiyatri dünyasına 1909 yılında girmiştir ve üç aşamadan geçmiştir. İlk aşamada, 1950'lerin sonuna kadar bilişsel bir kavram olarak; ikinci aşamada 1960'larda bilişsel boyutun yanı sıra duygusal boyutuyla da ele alınmış ve kişinin olayları, karşıdaki kişi gibi hissetmesi olarak tanımlanmış; üçüncü aşamada 1970'lerde bir kişinin belli bir duygusunu anlama ve anladığını ona iletmek olarak biçimlenmiştir. Günümüzde empati bir kişinin kendisini karşıdaki kişinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısıyla bakması, onun duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi süreci olarak tanımlanmaktadır.^{7, 30}

Morse, Anderson ve ark. (1992) empatinin dört önemli boyutunun olduğunu belirtmişlerdir. Duygusal boyut; bir kimsenin duygularını hayal yoluyla hissetmedir. Moral boyut, duyguları anlamak için gerekli olan iç motivasyondur. Bilişsel boyut; diğerlerinin duygularını anlayabilme yeteneğidir ve aynı zamanda entellektüel ve analitik becerileri de bünyesinde barındırır.

Davranış boyut ise aktif dinleme ve kritik etme becerilerini içerir.³²

Dökmen'in 1988 yılında ortaya koyduğu aşamalı empati sınıflaması'na göre üç temel empati basamağı 'onlar, ben ve sen' den oluşmaktadır. Dökmen bu üç temel empati basamağını on altı basamağa ayırmaktadır. 1. si onlar basamağına; 2.,3.,4.,5.,6.'sı ben basamağına, 7.,8.,9. ve 10.'su ise sen basamağına karşılık gelmektedir. Bunlar;

1. Senin sorunun karşısında başkaları ne düşünür, ne hisseder: empati kurmaya çalışan kişi bir takım genellemeler yapar, atasözleri ve felsefi görüşlere başvuru yapabilir ve kişiyi toplumun değer yargıları açısından değerlendirir.

2. Eleştiri: dinleyen, sorununu anlatan kişiyi kendi görüşü açısından eleştirir ve yargılar.

3. Akıl verme: dinleyen, karşısındakine akıl verir, ne yapması gerektiğini söyler.

4. Teşhis: dinleyen, sorununu anlatan kişiye veya anlatılan soruna teşhis koyar.

5. Bende de var: dinleyen, anlatılan sorunun bir benzerinin kendisinde de olduğunu söyler ve kendi sorununu anlatmaya başlar.

6. Benim duygularım: dinleyen, anlatılan sorunla ilgili kendi duygularını ifade eder.

7. Destekleme: dinleyen, karşısındaki bireyin sözlerini tekrarlamadan onu anladığını ve desteklediğini belirtir.

8. Soruna eğilme: dinleyen, kendisine anlatılan soruna yoğunlaşır, daha iyi anlayabilmek için sorunla ilgili sorular sorar.

9. Tekrarlama: dinleyen, kendisine iletilen sorunu, gerektiğinde bireyin kullandığı kelimeleri de kullanarak özetler, fark ettiği duyguları da ekler, bireye ifade eder.

10. Derin duyguları anlama: bu basamakta empati kuran kişi kendisini bireyin yerine koyarak, onun ifade ettiği yada etmediği tüm duyguları ve düşünceleri algılar ve bunları bireye ifade eder. Dökmen gerçek anlamda empatinin son dört basamakta geliştiğini ileri sürmektedir. Burada önemli noktalardan birisi de eğer kendini danışanın yerine koyma süresince aşırıya kaçılırsa danışman kendi

kimliğini koruyamaz ve danışanla özdeşleşmiş olur. Danışan gibi hissetmeye ve onun gibi davranmaya başlar (aşırı özdeşim) bu durumda benlik sınırları birbirine karışacağı için danışana yardım edemez. Bunun aksine bazen danışmanın ilgisi o kadar azdır ki danışana ve sorunlarına yabancı kalır. Her iki uç durumda anlama ve yardımcı olma işlevi yerine getirilemez.^{7,33}

Empati sadece psikoloji de kullanılan bir kavram değildir, sağlık alanındaki uygulamalarda sağlık çalışanları ile hastalar veya danışanlar arasındaki ilişkinin empatik temellere dayanması önemli bir gerekliliktir. Ayrıca empati yapabilme becerisi hekimlik, hemşirelik, psikologluk gibi empatiyi bir yetkinlik olarak gerektiren mesleklerde mesleki öğrenimin önemli bir parçasıdır.^{5,6,30}

Hemşirelikte Empatik Beceri

Empatik beceri bireyin empati kurabilme durumunu ifade etmektedir.⁷ Hemşirenin temel olarak görevi bireylerin fiziksel, sosyal ve duygusal bakım gereksinimlerini tanımak ve karşılanmasını sağlamaktır.³³ İletişim becerisi profesyonellik için önemli bir unsurdur.⁹ Peplau ve Orlonda gibi hemşire kuramcılar hasta/sağlıklı bireylerin açıkça ortaya koyamadıkları gereksinimlerinin neler olduğunun anlayabilmeleri için hemşirelerin etkin kişilerarası ilişki becerisine sahip olmalarının önemine değinmişlerdir.³⁴ Hemşirelik hastayla en uzun süre bir arada olan bir meslek grubudur. Bu yönüyle hemşire hastayı en fazla tanıyan kişi olarak bakım ve tedaviyi etkileyebilecek ve yönlendirebilecek verilere sahip meslek üyesidir. Hemşire hastayla kurduğu kişilerarası ilişki ile bireye gereksindiği yardımı sağlar.³³ Bir yardım mesleği olan hemşirelikte empati hemşirelik bakımının yani yardım edici ilişkinin en önemli bileşenidir.^{33, 35} Hasta bireylere etkin bir hemşirelik bakımı, yakınlarına da gerekli destek verebilme empati becerisi ile mümkün olacaktır.³¹

Hemşirelerin empati kurabilme becerisine sahip olması hasta bireyi doğru anlamaya paralel olarak doğru gereksinimi belirleyip karşılamaya yardımcı olan önemli bir ölçüttür.^{4,36,37} Yardım edebilmek için bakım

verilen bireye ulaşma, değer verme, anlamaya çalışma, ilgilenme ve farkına varma önemlidir.³⁸ Yapılan bir çalışmada terminal dönemdeki hastaların hem fiziksel hem de duygusal yönden iyi olmalarında hemşirelerin empatik yaklaşımlarının etkili olduğu bildirilmiştir.³⁹ Reynolds ve Scott empati ile solunum hızının düzenlenmesi, ağrının rahatlaması, hastanın stres ve endişesini bildirmesi arasında olumlu bir ilişkinin olduğunu saptamışlardır.¹⁴

Empatik iletişim yaklaşımına dayanan sağlık profesyoneli-hasta iletişiminde her şeyden önce bireyler anlaşıldıklarını hisseder ve sorunlarıyla daha etkili biçimde ilgilenme yönünde motive olurlar.⁵ Hemşirelerin empati seviyeleri ile hastaların kendini ifade etme durumlarının ilişkili olduğunu bildirilmektedir.¹⁴ Sağlık çalışanları ile hastalar arasında empatik iletişim önemlidir. Bu ilişkide sağlık çalışanlarının etkin olması kadar hastalarında etkin olması gerekir. Bu tarz bir iletişimde çekingenlik ve yüzeysellik azaldığından hemşire ve hastanın konuları derinlemesine tartışması sağlanmış olur. Bu durum aynı zamanda her iki taraf için doyum sağlayıcıdır.⁶ Empatik yaklaşım ile hastanın durumuna uygun hemşirelik girişimi yapmak, hastada meydana getirdiği olumlu gelişmelerden dolayı hemşirelere mesleki doyum sağlamaktadır.^{40, 41} Ayrıca empatik ilginin hemşire performansını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir.⁴² Empatik yaklaşım becerisi hemşireler için bu kadar önemli olmasına rağmen mezun hemşire ve hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda beklenenin aksine empatik becerinin yüksek olmadığı bildirilmiştir.^{11-14, 16, 17, 36, 43, 44}

Empatik Beceri Geliştirilebilir mi?

Temel hemşirelik eğitimi ile öğrenci hemşirelere kazandırılması hedeflenen hemşirelik becerileri teknik ve teknik olmayan beceriler olarak gruplandırılabilir.⁴⁶ Empatik bakım verme becerisi teknik olmayan becerilerden biridir ve eğitimle geliştirilebilir bir kişilik özelliğidir.⁴¹ Empatik becerilerin gelişerek davranışa dönüşmesi hemşirelerin başarılı birer meslek üyeleri olmalarına katkı sağlayacaktır.⁴⁷ Bu

nedenle hem hemşirelere hem de hemşirelik öğrencilerine empatik beceriyi geliştirmeye yönelik eğitim programları düzenlenmesi önerilmektedir. Yapılan çalışmalar eğitim ile empatik becerinin geliştirilebileceğini belirtmektedir.⁴⁸⁻⁵⁰ Empatik becerinin geliştirilmesi için farklı eğitim yöntemlerine gereksinim vardır.⁷ Bunlar psikodrama, farklı vaka örnekleri ile birebir çalışma, rol-play, pekiştirme ödevleri, soru-cevap oturumları şeklinde olabilmektedir. Psikodrama yöntemi ile bireylerde empatik beceri geliştirmeyi amaçlayan Dökmen psikoloji 1.sınıf öğrencileri ile sekiz ay psikodrama yaptığı grubun empatik becerisinin arttığını saptamıştır.⁵¹ Karaca ve ark. hemşirelik öğrencilerinde empati becerileri geliştirme amaçlı yapılan eğitim programlarıyla empatik becerilerin arttığını vurgulamıştır.⁵² Wilkström hemşirelik öğrencilerinin empati bilgilerini geliştirmek için bir eğitim programı hazırlamış ve uygulama sonunda öğrencilerin empati bilgilerinin arttığını gözlemlemiştir.⁵⁰ Özdağ, psikodrama yöntemi kullanarak düzenlenen eğitim programı ile hemşirelik öğrencilerinin empatik becerilerinin arttığını belirtmiştir.⁵³ Kahriman ve ark. hemşirelerin empati becerilerini geliştirirken egzersizler, deneyim öyküleri, tartışmalar, rol modelleri, ödev, soru-cevap oturumları ve açıklamalar gibi bir takım yöntemleri toplu olarak kullanmanın empatik beceriyi geliştirmede daha etkili olduğunu bildirmiştir.⁵⁴

Empatik Beceriyi Etkileyen Faktörler

Bireylerin empati düzeyi; kişilik, cinsiyet, çevre ve öğrenilen iletişim becerisi faktörlerinden etkilenmektedir.⁵⁵ Hemşirelerle yapılan çalışmalarda empati becerisinin eğitim seviyesi yükseldikçe arttığı bildirilmektedir.^{49, 56-59} Hemşirelik öğrencileriyle yapılan bazı çalışmalarda empatik becerinin hemşirelik eğitimi ile paralel olarak arttığı gözlenmiştir.^{48, 59, 60} Ancak bazı çalışmalarda ise ilerleyen sınıfla birlikte empati becerisinin değişmediği saptanmıştır.⁶¹⁻⁶³ Bu sonuçların yanı sıra hemşirelerde yaş arttıkça empatik becerinin arttığı bildirilmektedir.^{45, 49, 58} Meslekten memnuniyet düzeyi arttıkça empati

becerisinin arttığı görülmektedir.^{16, 64} Ayrıca yapılan çalışmalarda haftalık çalışma saatleri arttıkça empati beceri puanlarının azaldığı bildirilmiştir.^{49, 58} Yiğitbaş ve ark. sağlık eğitimi alan bir grup öğrenciyle yaptığı çalışmada ise kız öğrencilerin empatik beceri puanlarının erkek öğrencilerden daha yüksek olduğunu saptanmıştır.⁶⁵ Benzer şekilde kadınların empati puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur.^{36, 66-68} Bu anlamda hemşireler için klinik karar verme sürecinde empati becerisinin önemli bir faktör olduğu söylenebilir.

Klinik empati, hastanın durumunu, bakış açısını ve hissettiklerini anlamayı sağlar ve sağlık profesyonellerine gereksinimlerin saptanıp hastalara yarar sağlayıcı uygun klinik kararlar vermelerinde yardımcı olur.⁴ Hemşirelerin isabetli ve uygun klinik karar verme sorumlulukları vardır.¹⁸ Raines, hemşirelerin en sık karşılaştığı etik ikilemlerden birinin hasta adına uygun karar verme olduğunu bildirmiştir.⁶⁹ Hemşirelerde klinik karar verebilme becerisi hastayı tanımayla gelişir.¹⁸ Hastayı tanıyıp anlayabilmek ise empati becerisi gerektirir. Ayrıca insan tutum, davranışlarını tanımak ve değerlendirmek etik bir yargıda bulunabilmek için de gereklidir.⁷⁰

Empati Becerisi ve Etik Duyarlılık

Etik, insan tutum ve davranışlarının iyi ya da kötü yönden değerlendirilmesidir.⁷¹ Mesleki etik ise bir meslek grubunun hizmet sunarken iyi ve doğru olarak ne yapması, nasıl davranması ve nelerden kaçınması gerektiğiyle ilgilidir.⁷² Mükemmel hemşirelik uygulaması etik standartların yansımasıdır. Hastanın değerlerine ve inançlarına odaklanabiliyor olmak, hastanın seçimlerine adil, sadık ve hastanın durumu için yararlı klinik kararlar vermeye yardım eder. İnsanlara bütüncül bir yaklaşımla yaklaşım, hem duygularını hem de düşüncelerini bilme etik karar verme sürecinde önem arz etmektedir.⁷³ Sağlık personellerinden yeterli ve gerekli bilgi birikimine sahip olmalarının yanı sıra tıbbi eylemlerinde etik açıdan kabul edilebilir kararlar almaları beklenmektedir. Etik açıdan

duyarlı ve ahlaki açıdan kabul edilebilir tedavi ve bakım sunabilen sağlık personellerine ihtiyaç vardır.¹⁹ Etik karar verme, bir davranışın ya da etkinliğin çeşitli yollarını ve sonuçlarını ilkeleri/kodları göz önünde bulundurarak ve değerlendirerek etik yönden kabul edilebilir bir seçim yapma sürecidir ve etik karar verebilme etik duyarlılığın gelişimine ayrıca düşünme yetisine bağlıdır.²⁰⁻²²

Etik duyarlılık etik sorunu saptayabilme yeteneğidir bununla birlikte saptanan sorunları çözüme kavuşturma ve açıklık getirmeyi gerektirir.²⁰ Ayrıca etik duyarlılık sağlık profesyonellerinin bakım verdikleri bireyleri anlayabilmek ve daha iyi bir bakım verebilmek için kullandıkları yöntem ve kapasitedir.^{23, 24} Etik duyarlılığı gelişmiş bir hemşire hastaların fiziksel ve duygusal gereksinimlerine duyarlı, bakım sürecinde bunlara yer veren, hasta gereksinimlerini belirleyebilen, sözel olan ve olmayan davranışları yorumlayabilen ve farkındalığı artmış bir bakım vericidir.^{74, 75} Literatürde yapılan çalışmalar hemşirelerin etik duyarlılıklarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir.²⁵⁻²⁹

Borhani ve ark., etik duyarlılığın eğitimle edinilebileceğini savunmuştur.⁷⁶ Kim ve ark. çalışmasında etik eğitiminden geçen öğrencilerin duyarlılık düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir.²⁹ Tosun'un çalışmasında da etik eğitimi alan hemşirelerin etik duyarlılığının daha yüksek

düzeyde olduğu belirtilmiştir.⁷⁷ Eğitimin etik karar verme üzerine olumlu etkisinin olduğu vurgulanmakta ve etik karar verebilme becerisi için etik duyarlılığın geliştirilmesine yönelik eğitimlerin hemşirelik eğitim programlarında olması, etik gelişim için çalışma ortamlarda bu eğitimlerin uygulanması gerekliliği önerilmektedir.⁷⁸⁻⁸⁰ Literatürde hemşirelerin etik duyarlılığının yaşla birlikte arttığı bildirilmiştir.^{28, 29, 77} Bununla birlikte kadın hemşirelerin etik duyarlılıklarının erkek hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.⁸¹ Düşük düzeyde empatiye sahip hemşirelerin, hastaların gereksinimlerini yeterince saptayamadığı ve sonuçta yeterli düzeyde olumlu hasta sonuçlarının ortaya çıkmadığı belirlenmiştir.⁸² Hastanın gereksinimlerinin yeterli düzeyde karşılanmaması, klinik karar verme becerisinin bir göstergesi olabilir. Bu anlamda empati klinik karar vermenin büyük bir parçası dolayısıyla bakım sürecinde etik duyarlılığın yansımadır.⁸³ Hemşirelik bakımı temelde zarar vermeme-yarar sağlama, özgecilik, eşitlik ve adalet ilkelerine dayanan, hümanistik ve holistik bir kavram olması açısından doğal olarak etik bir süreçtir. Fakat etik ikilemlerin yaşanması durumunda bu etik süreçte karar vermek zorlaşabilir. Etik karar verme sürecinde bir karar verici olarak hemşirenin, kararın sonuçlarını öngörebilmesinde empatik yaklaşım faydalı olabilmektedir.⁷³

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık meslek grupları içinde hasta bireylerle en fazla zaman geçiren meslek grubu olan hemşirelerin en temel sorumluluklarından birisi hastayla yardım edici bir ilişkiye girmesidir. Yardım edici ilişki süresince hemşirelerin iletişimin en önemli boyutu olan empati becerisine sahip olması hasta bireyin sorunlarını saptama ve gereksinimlerini belirlemede önem arz etmektedir. Sorunu saptayıp, gereksinimin belirlenmesinde hemşireler etik kararlar alabilmeli, etik karar alabilmeleri için de etik duyarlılıklarının gelişmiş olması

gerekmektedir. Etik duyarlılık etik sorunu saptayabilme ve çözüme kavuşturmada temel bir unsurdur. Hem etik duyarlılık hem de empati becerisi yaş, cinsiyet ve eğitim gibi faktörlerden etkilenen ayrıca eğitimle geliştirilebilir yeteneklerdir. Gereksinimleri doğru tespit edip, etik kararlar almak, uygun hemşirelik girişimlerinde bulunmak bakımın kalitesini, hasta memnuniyetini ve hemşirelerin mesleki doyumlarını arttıracaktır. Bu nedenle mesleki eğitim sırasında ve sonrasında hemşirelere empatik beceri ve etik duyarlılığı geliştiren eğitim

programlarının uygulanması önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Öz, F. (2010) Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara: Mattek.
2. Birol, L, Akdemir, N. (2011). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Ankara: Sistem.
3. Hemşirelikte kişiler arası ilişkiler-Anadolu Üniversitesi. w2.anadolu.edu.tr/aos/kitap/EHSM/1208/unite01.pdf. Erişim tarihi: 12.10.2016.
4. Mercer, SW, Reynolds, WJ. (2002). "Empathy and quality of care". Br J Gen Pract, 52: 9-13.
5. Tabak, RS. (2006). Sağlık iletişimi. İstanbul: Literatür Yayıncılık.
6. Doğan, O. (2007). Sağlık hizmetlerinde iletişim. Ankara: Songür Yayıncılık.
7. Dökmen, Ü. (2009). İletişim çatışmaları ve empati. Ankara: Sistem.
8. Encouraging Empathy in Our Children - Advancing Insights advancinginsights.org/.../encouraging-empathy-in-our-child. Encouraging Empathy in Our Children Advancing Insights. Erişim tarihi: 12.10.2016.
9. Terakye, G.(1994). Hemşirelikte iletişim ve hasta hemşire ilişkileri. Ankara: Aydoğdu.
10. Tutuk, A, Al, D, Doğan, S. (2002). "Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi". C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(2): 36-41.
11. Özcan, H. (2012). "Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri: Gümüşhane örneği". Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(2): 60-68.
12. Uygun, E. (2006). Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
13. Karakaş, AS, Küçüköğlü, S. (2011). "Bir eğitim hastanesinde çalışan hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri". Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(3): 8-13.
14. Reynolds, W, Scott, B. (2000). "Do nurses and other professional helpers normally display much empathy?". J Adv Nurs, 31(1): 226-234.
15. Sevimligül, A. (2002). Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik beceri düzeylerinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
16. Tunç, P, Gitmez, A, Boothby, MR. (2014). "Yoğun bakım ve yataklı servis hemşirelerinde duygusal emek stratejilerinin empatik eğilim açısından incelenmesi". Anadolu Psikiyatri Derg, 15:45-54.
17. Duman, D, Acaroğlu, R. (2014). "Hemşirelik yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin duygusal zeka ile empatik becerileri arasındaki ilişki". F.N. Hem. Derg, 1 : 25-32.
18. Potter, PA, Perry, AG. (2009). Fundamentals of nursing. Canada: Mosby Elsevier.
19. Kadioğlu, F, Kadioğlu, S. (2001). Klinik uygulamalarda etik karar verme süreci. Demirhan, AE, Oğuz, Y, Elçioğlu, Ö, Doğan, H.(Ed.). İçinde: Klinik etik. İstanbul: Nobel Tıp.
20. Arda, B. (2004). Bilim etiği ve bilim tarihi. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
21. Özdemir, E. (2009). "Pazarlama araştırmasında etik karar alma". Ankara Üniversitesi Siyasal Bilimler Fakültesi Dergisi, 64: 119-144.
22. Aydın, E, Ersoy, N. (1995). "Klinikte etik karar verme süreci". T Klin J Med Ethics, 1: 12-16.
23. Gastmans, C.(1999). "Care as a moral attitude in nursing". Nurs Ethics, 6(3):214-23.
24. Jonsen, AR, Siegler, M, Winslade, WJ. (1992). Clinical ethics. New York: McGraw- Hill.
25. Filizöz, B, Mesci, G, Aşçı, A, Bağcıvan, E. (2015). "Hemşirelerde etik duyarlılık: sivas ili merkez kamu hastanesinde bir araştırma". Türkiye İktisadi Girişim ve İş Ahlakı Dergisi, 8(1): 47-66.
26. Aksu, T, Akyol, A. (2011). "İzmir'deki hemşirelerin etik duyarlılıklarının incelenmesi". T Klin Med Ethics, 19(1): 16-24.
27. Başak, T, Uzun, Ş, Arslan, F. (2010). "Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi". Gülhane Tıp Dergisi, 52: 76-81.
28. Ertuğ, N, Aktaş, D, Faydalı, S, Yalçın, O. (2014). "Ethical sensitivity and related factors of nurses working in the hospital setting". Acta Bioethica, 20(2): 265-270.
29. Kim, YS, Park, JW, You, MA, Sea, YS, Han, SS. (2005). "Sensitivity to ethical issues confronted by korean hospital staff nurses. Nurs Ethics, 12: 595-605.
30. Çelik, AT. (2014). Empati kuramdan uygulamaya. İstanbul: Golden Medya.
31. Thomas, M, Dyrbye, L, Huntington, J, Shanafelt, T. (2007). "How do distress and well-being relate to medical student empathy?". J Gen Intern Med, 22(2): 177-183.
32. Morse, JA, Anderson, G, Bottorff, JL, Yonge, O, O' Brien, B, Solverg, SM, et al. (1992). "Exploring empathy: A conceptual fit for nursing practice?". Image J Nurs Sch, 24(4): 273- 280.
33. Özcan, A. (2006). Hemşire-hasta ilişkisi ve iletişim. Ankara: Sistem Ofset.
34. Freshwater, D, Stickley, T. (2003). "The heart of the art: emotional intelligence in nurse education". Nurs Inq, 11(2): 91-98.
35. Kutlu, M, Çolakoğlu, N, Özgüvenç, ZP. (2010). "Hasta hekim ilişkisinde empatinin önemi hakkında bir araştırma". Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1: 127-43.
36. Nunes, P, Williams, S, Sa, B, Stevenson, K. (2011). "A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training". Int J Med Edu, 2: 12-17.
37. Ward, J, Cody, J, Schaal, M, Hojat, M. (2012). "The empathy enigma: An empirical study of decline in empathy among under graduate nursing students". J Prof Nurs, 28 (1): 34-40.
38. Üstün, B. (2005). "Çünkü iletişim çok şeyi değiştirir". Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2): 88-94.
39. Raudonis, BM. (1993). "The meaning and impact of empathy relationships in hospice nursing". Cancer Nurs, 16:304-309.
40. Maatta, SM. (2006). "Rethinking empathy in nursing education: Shifting to a developmental view". Nursing Philosophy, 7 (1) : 3-10.
41. Williams, J, Stickley, T. (2010). "Empathy and nurse education. Nurse Educ Today, 30(8): 752- 755.
42. Riggio, ER, Taylor, JS.(2000). "Personality and communication skills as predictors of hospice nurse performance". Journal of Business and Psychology, 15: 351-359.
43. Akıncı, AÇ, Akgün, G. (2011). "Kırklareli Üniversitesi sağlık yüksekokulu hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim ve becerileri". F.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(17): 53-65.
44. Arifoğlu, B, Razi, GS. (2011). "Birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin empati ve iletişim becerileriyle iletişim yönetimi dersi akademik başarı puanı arasındaki ilişki". Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4(1): 7-11.
45. Nazik, E, Arslan, S. (2011). "Hemşirelik öğrencilerinin empatik becerileri ile öz duyarlılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi". Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(4): 69-75.
46. Fotheringham, D. (2010). "Triangulation for the assessment of clinical nursing skills: A review of the theory, use and methodology". Int J Nurs Stud, 47(3):386-91.
47. Ioannidou, F, Konstantikaki, V. (2008). "Empathy and emotional intelligence: what is it really about?". International Journal of Caring- Sciences, 1(3): 118-123.
48. Mete, S, Gerçek, E. (2005). "PDÖ yöntemiyle eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim ve becerilerinin incelenmesi". C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(2), 11-17.
49. Öz, F. (1998). "Son sınıf hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilimleri, empatik becerileri ve akademik başarıları arasındaki ilişki". C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2): 10-16.

50. Wikström, BM. (2001). "Work of art dialogues an educational technique by which students discover personal knowledge of empathy". *Int J Nurs Pract*, 7(1):24-29.
51. Dökmen, Ü. (1988). "Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile ölçülmesi". *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 21:155-190.
52. Karaca, A, Açıkgoz, F, Akkuş, D. (2013). "Eğitim ile empatik beceri ve empatik eğilim geliştirilebilir mi ? : Bir sağlık yüksekokulu örneği". *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4: 118-122.
53. Özdağ, Ş. (1999). Psikodrama gruplarının hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin benlik saygısı, atılgan davranış, empatik eğilim ve empatik beceri düzeylerine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi, Doktora Tezi, Ankara*.
54. Kahriman, I, Nural, N, Arslan, U, Topbas, M, Can, G, Kasim, S. (2016). "The effect of empathy training on the empathic skills of nurses". *Iran Red Crescent Med J*, 18(6): 1-10.
55. Alligood, M, May, B. (2000). "A nursing theory of personal system empathy: Interpreting a conceptualization of empathy in king's interacting systems". *Nurs Sci Q*, 13: 243-7.
56. Çiçek, A. (2006). Sağlık çalışanlarının empatik eğilim ve becerilerinin değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.
57. Manav, Aİ. (2008). Hemşirelerin empati eğilim ve becerilerinin değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin*.
58. Şahin, ZA, Özdemir, FK. (2015). "Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin belirlenmesi". *G.O.P Taksim E.A.H JAREN*, 1(1): 1-7.
59. Pek, H, Kuşluoğlu, S, Yıldırım, Z, Çınar, N. (2001). "Çocuklara bakım veren hemşirelerin empati becerileri". *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 4(4-5) :37-41.
60. Çınar, N, Cevahir, R. (2007). "Evaluation of the empathic skills of nursing students with respect to the classes they are attending". *Rev. Electr. Enf*, 9:588-95.
61. Çam, O. (1995). "Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde psikodramanın empatik eğilim ve empatik beceri üzerine etkisi". *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11: 55-63.
62. Kadioğlu, S, Ogenler, O, Kadioğlu, F, Okuyaz, S. (2011). "Klinik eğitimin tıp fakültesi öğrencilerinin empati düzeyine etkisi". *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18:33-37.
63. Yurttaş, A, Yetkin, A. (2009). "Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin empatik ve problem çözme becerilerinin incelenmesi". *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12:46-53.
64. Taşdemir, G. (1999). Ege Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin empatik eğilim ve iş doyumu düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir*.
65. Yiğitbaş, Ç, Deveci, SE, Açık, Y, Ozan, AT, Oğuzöncül, AF. (2013). "Sağlık eğitimi alan bir grup öğrencinin empatik eğilim ve becerisi". *S.D.Ü Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (1):7-13.
66. Chen, J, LaLopa, J, Dang, D. (2008). "Impact of patient empathy modeling on pharmacy students caring for the underserved". *Am J Pharm Educ*, 72:40.
67. Sherman, J, Cramer, A. (2005). "A Measurement of changes in empathy during dental school". *J Dent Educ*, 69: 338- 345.
68. Hojat, M, Vegare, MJ, Maxwell, K, Brainard, G, Herrine, SK, Isenberg, GA et al.(2009). "The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school". *Acad Med*, 84:1182-91.
69. Raines, ML. (2000). "Ethical decision making in nurses: relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress". *JONAS Healthc Law Ethics Regul*, 2(1): 29-41.
70. Elçigil, A, Bahar, Z, Beşer, A, Mızrak, B, Bahçeoğlu, D, Demirtaş, D ve ark. (2011). "Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerin incelenmesi". *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2): 52-60.
71. Aydın, E. (2001). Tıp etiğine giriş. *Ankara: Pegem A Yayıncılık*.
72. Altun, İ. (2014). Etik ve değerler. Aştı, TA, Karadağ, A. (Ed.). *İçinde: Hemşirelik esasları hemşirelik bilimi ve sanatı 1. İstanbul: Akademi*.
73. Burkhardt, MA, Nathaniel, AK. (2013). Çağdaş hemşirelikte etik. Alpar, ŞE, Bahçecik, N, Karabacak, Ü. (Çev. Ed.). *İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi*.
74. Schluter, J, Winch, S, Holzhauser, K, Henderson, A. (2008). "Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review". *Nurs Ethics*, 15(3): 304-321.
75. Azak, A, Taşçı, S. (2009). "Klinik karar verme ve hemşirelik". *T Klin J Med Ethics*, 17(3): 176-83.
76. Borhani, F, Abbaszadeh, A, Mohsenpour, M. (2013). "Nursing students' understanding of factors influencing ethical sensitivity". *Iran J Nurs Midwifery Res*, 18(4): 310-315.
77. Tosun, H. (2005). Sağlık uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin etik duyarlılıklarının belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul*.
78. Numminen, O, Leino-Kilpi, H. (2007). "Nursing students' ethical decision-making: A review of the literature". *Nurs Educ Today*, 27:796-807.
79. Park, M, Kjørvik, D, Crandell, J, Oermann, MH. (2012). "The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skill of nursing students". *Nurs Ethics*, 19(4): 568-580.
80. Dehghani, A, Mosalanejad, L, Dehghan-Nayeri, N. (2015). "Factors affecting professional ethics in nursing practise in Iran: A quantitative study". *BMC Med Ethics*, 16-61:2-7.
81. Tazegün, A. (2013). Çocuk hemşirelerinin etik duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum*.
82. Doyle, K, Hungerford, C, Cruickshank, M. (2014). "Reviewing tribunal cases and nurse behaviour: putting empathy back into nurse education with bloom's taxonomy". *Nurse Educ Today*, 34(7):1069-73.

MATERNAL BAKIMDA KANITA DAYALI UYGULAMA KÜLTÜRÜNÜN OLUŞTURULMASI

CREATION OF EVIDENCE-BASED PRACTICE CULTURE IN THE MATERNAL CARE

Ayşe DELİKTAŞ¹, Kamile KABUKCUOĞLU²

ÖZET

Kanıtla dayalı uygulama, klinik karar verme sürecinde problem çözücü bir yaklaşımdır. Kanıtla dayalı uygulamanın birçok yararı olmasına rağmen, maternal bakımda kanıt temelli uygulamalar yetersizdir. Bu çalışma, ülkemizde maternal bakımda kanıtla dayalı uygulama kültürü oluşturmada gerekli olan unsurları belirlemek amacıyla derleme şeklinde planlanmıştır. Yapılan literatür taraması sonucu kanıtla dayalı uygulama kültürü oluşturmak için gerekli olan unsurlar; "değişime hazır olma", "mentörlük sistemleri", "kaynakların temini", "ödüllendirme sistemleri", "sürekli eğitimler", "kanıtla dayalı uygulama modelleri" ve "karar destek sistemleri" olarak bulunmuştur. Maternal bakımda kanıtla dayalı uygulama kültürü oluşturmak için mentörlerin var olması, klinikte karar destek sistemleri ve modellerin kullanılması, sürekli eğitimlerin, hemşireleri teşvik etmede ödüllendirme sistemlerinin oluşturulması, kliniklerde rehberlere ulaşmayı sağlayan kaynakların var olması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanıtla Dayalı Uygulama Kültürü, Kanıt, Maternal Bakım, Sağlık Profesyonelleri

ABSTRACT

Evidence-based practice is a problem-solving approach in clinical decision making. Although there are many benefits, evidence-based practices in maternal care is inadequate. This study was planned as review in order to determine the elements needed to create a culture of evidence based practice in maternal care' our country. As a result of a literature search, it is found that the elements creating a culture of evidence based practice, being "readiness of changes", "the presence of mentoring system", "provision of resources," "reward system", "continuous training", "evidence based practice models" and "decision support systems". To create a evidence based practice of culture in the maternal care, existence of mentors, use of decision support systems and models in clinic, continuous training, creation of the reward system to encourage nurses, being clinical resources provide access to guideline in clinic is recommended.

Keywords: Maternal Care, Evidence-Based Practice Culture, Evidence, Health Care Professionals

*Bu çalışma 2. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi' nde 25 Şubat 2016 tarihinde Antalya' da poster olarak sunulmuştur.

¹ Arş. Gör. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

² Prof. Dr. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İletişim/ Corresponding Author: Arş. Gör. Ayşe Deliktaş
e-posta: aysedeliktas@akdeniz.edu.tr

Geliş Tarihi / Received : 17.08.2017

Kabul Tarihi / Accepted: 25.04.2017

GİRİŞ VE AMAÇ

Kanıt dayalı uygulama (KDU), klinik karar verme sürecine yönelik olan problem çözücü bir yaklaşımdır. Yaklaşım, bilimsel kanıt ile hasta ve uygulayıcıya ait deneysel kanıtın birleştirilmesini içermektedir¹. Kanıt dayalı karar verme sürecinde; aynı zamanda hasta tercih ve değerleri de göz önünde bulundurulmalıdır².

Literatürde kanıt dayalı uygulamanın yararlarını inceleyen birçok çalışma mevcuttur³⁻⁵. KDU, güvenli ve kaliteli bakımın sürekliliğini sağlamaktadır. Böylece; bakımın kalitesini ve hastaların sağlık durumlarını iyileştirmekte, bakım sistemlerinin maliyetini azaltmaktadır^{3,4}. Yapılan bir çalışmada kanıt dayalı uygulama kullanan hemşirelerin memnuniyet düzeyleri, profesyonel gelişim istekleri ve otonomi hislerinde artma, çalışma streslerinde ise azalma olduğu belirlenmiştir⁵.

Kanıt dayalı uygulama kullanımının birçok yararı olmasına rağmen hasta bakımı ve klinik uygulamalarda kanıt kullanımının yetersiz olduğu belirtilmektedir^{6,7}. Hemşirelik uygulamalarında kanıttan ziyade deneyim, gelenek, sosyal etkileşim ve önsözlerin temel alındığı bildirilmektedir^{8,9}.

Kanıt dayalı uygulamaya engel olan nedenler; zaman kısıtlılığı, kaynak eksikliği, ağır iş yükü, başarıların ödüllendirilmemiş olması, davranış değişikliğinin uygulamaya yansıtılmaması, uygulama değişikliği için otoriteden yoksun olma, literatür tarama, değerlendirme ve sentez etmeye dair bilgi eksikliğidir^{3,11}. Kanıt dayalı uygulamaya engel olan başka bir unsur; hemşirelerin motivasyon, liderlik, vizyon ve stratejiden yoksun olmaları ve yöneticiler tarafından yönlendirilmelerde sorun yaşamaları olarak belirtilmiştir¹².

Kanıtın klinik uygulamaya aktarılmasında bireysel becerilerden daha çok uygulamanın yaşama geçirilmesi aşamasında sorunlar yaşanmaktadır¹³. Son yıllarda hemşirelikte kanıt kullanımının birincil belirleyicisi olarak organizasyon yapıları incelenmektedir. İncelenen organizasyon yapılarından biri ise

organizasyon kültürüdür¹⁴. Organizasyon kültürünün; klinik araştırmaları desteklemeleri ve değişikliklere açık olması gerekmektedir¹⁵. İyi uygulamaları teşvik eden bir organizasyon kültürü; daha kaliteli bakım ve hasta sonuçları elde etmeyi sağlayacaktır¹⁶. Kanıt dayalı uygulamada var olan zorluklar tamamen ortadan kaldırılamayacaktır. Anca, ekip çalışması ve iş birliğinin katkısı ile KDU' ler hemşireler için ödüllendirici ve ilham verici deneyimler haline dönüştürülebilecektir¹⁷. Bu derleme, maternal bakımın sağlanmasında kanıt dayalı uygulama kültürünün oluşturulabilmesi için öneriler sunmak, farkındalık yaratmak ve organizasyon kültüründe değişikliklerin yapılmasına yardımcı olmak amacıyla hazırlanmıştır.

Maternal Bakım ve Kanıt Dayalı Uygulama

Maternal bakımın kalitesinde iyileşme, Binyıl Kalkınma Hedefleri' ne ulaşmada büyük bir öneme sahiptir¹⁸. Maternal bakımda kaliteyi sağlayan önemli bir strateji ise kanıt dayalı uygulamadır¹⁹. Ancak, maternal bakımda kanıt dayalı olmayan müdahale ve uygulamaların standart uygulama olarak kullanıldığı konusunda dünya çapında bir endişe bulunmaktadır²⁰. Özellikle, gelişmekte olan ülkelerde bazı etkisiz ya da zararlı uygulamalar bakımın rutin bir parçası olarak kullanılırken, birçok kadın bakım sürecinde yararlı uygulamalara ulaşamamaktadır²¹.

Maternal bakım sürecinde yapılan yanlış/gereksiz uygulamalar ve bunlara bağlı gelişen komplikasyonlar, kadınların başlıca morbitide ve mortalite nedenlerindedir^{19,20}. Yaşanan sorunlar göz önünde bulundurulduğunda komplikasyonların önlenmesi, sağlığın iyileştirilmesi ve önerilerde bulunulabilmesi için sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir²².

Maternal bakım uygulamalarına yönelik olarak birçok rehberler düzenli olarak yayınlanmakta ve güncellenmektedir²³.

Kadına uygulanan gereksiz girişimlerin azaltılması ve kanıta dayalı uygulamaların rehber alınması ile ana-çocuk sağlığının korunması/ geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik oluşturulan modeller; Amerika, İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde çok uzun yıllardır kullanılmaktadır²⁴. Ülkemizde ise son yıllarda bu modellerden "anne dostu hastane modeli" tartışılmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen anne dostu hastane kriterlerini karşılayarak yedi hastane Anne Dostu Hastane ünvanını almıştır²⁵.

Türkiye’de anne bakımında kanıta dayalı uygulamaların durumunu inceleyen bir çalışmada; uygulamaların rutin epizyotomi içerdiği, doğum boyunca refakatçiye izin verilmediği, rutin olarak laksatiflerin kullanıldığı, mobilitenin ve oral sıvı alımının kısıtlandığı, doğumda supine pozisyonun kullanıldığı ve doğumun üçüncü aşamasının aktif yönetiminin kullanılmadığı gibi sonuçlar elde edilmiştir²⁶. Ayrıca, ülkemizde postpartum dönemde uterus masajının ve erken dönemde ten tene temasın yeterince uygulanmadığı da gözlemlenmektedir²⁷. Ancak, kanıta dayalı rehberler; rutin epizyotomi uygulamasından ziyade sınırlı epizyotomi uygulamasının kullanılmasını²⁸, lavmanın rutinde yapılmamasını²⁹, kadınların yürüyüş ve ayakta dik pozisyonların yararları hakkında bilgilendirilmesi ve cesaretlendirilmesini³⁰, komplikasyon riski düşük gebelerin oral alımlarının kısıtlanmamasını³¹ önermektedir. Rehberlere göre ülkemizde maternal bakımda kanıta dayalı uygulamaların yetersiz olduğu görülmektedir²⁷.

Kanıta Dayalı Uygulama Kültürü Oluşturma

KDU' nun başarılı bir şekilde hayata geçirilmesi; birçok değişkenlere bağlıdır³². Araştırma sonuçlarının klinik uygulamaya aktarılması yaklaşık 30 yılı bulmaktadır. Kanıt ve klinik uygulama arasındaki bu ısrarlı boşluk, dünya çapındaki sağlık bakımında eşitliğin bozulmasına ve kalitenin azalmasına neden olmaktadır³³. Bu durumu önlemek için; sistem genelinde ortak bir vizyonun oluşması gerekmektedir. Bu

vizyonun, uygulamalarda ve karar verme sürecinde kanıta dayalı uygulamaların kullanımını desteklemesi gerekmektedir³⁴.

Organizasyon kültürü, organizasyon üyeleri tarafından paylaşılan ortak değer, anlam ve inançlar olarak tanımlanmaktadır³⁵. KDU kültürü; organizasyonun felsefe, misyon, vizyon ve stratejik planları ile kanıt temelli bakımı birleştirme sürecini içermektedir³⁶. Bir sağlık organizasyonu, yüksek düzeyde bakımın sağlanması için uygun bir çevreyi sağlamak ve organizasyona ait engelleri ortadan kaldırmak ile görevlidir¹⁴. KDU kültürü oluşturma kısa dönemde gerçekleştirilemeyecektir. Bu nedenle, bilinçli bir alt yapının, çoklu yenilikçi stratejilerinin ve bunlara uzun dönem bağlılığın oluşturulması gerekmektedir³⁷.

Kanıta dayalı uygulama için organizasyon değişikliği yapmanın beş adımı içerdiği belirtilmektedir. Bunlar; tartışma ve geribildirimi içeren bir sistemin geliştirilmesi, değişikliği kabul edecek bir ortamın oluşturulması ve değerlendirilmesi, eğitim ve araştırmalar için uygun kaynakların elde edilmesi, katılımcıların ve ödüllendirilecek olan personelin tanımlanması ve değişiklik için çaba sarf edilmesidir³⁸. Straka, Brandt ve Brytus (2013) bir pediatri hastanesinde yaptığı çalışmada; KDU kültürü oluşturmak için oryantasyon eğitimleri ve aylık periyotta lider toplantıları düzenlemiş, kanıta dayalı uygulama derneği kurmuş, araştırma sınıfları ve ödüllendirme sistemleri oluşturmuştur. Çalışma sonucunda; uygulanan girişimlerin kanıta dayalı uygulama projelerini ve diğer araştırma türlerini anlamlı bir şekilde arttırdığı bulunmuştur³⁹.

Sağlık profesyonellerinin neyi değiştirmeye ihtiyaçları olduğunu tanımlaması ve anlaması için literatürde var olan öneriler ise şunlardır;

Değişime hazır olma:

Değişime hazır olma birey/bireylerin bilişsel ya da emosyonel olarak mevcut durumun amaçlı olarak değiştirilmesini kabul etme ve uyum sağlama eğilimidir⁴⁰.

Organizasyon kültüründe değişim, yaygın bir değişim amacıdır⁴¹. Organizasyonun değişime hazırlığı, çok düzeyli ve çok yönlü yapıya sahiptir. Organizasyonda değişime hazır olma; organizasyon üyelerinin değişime bağlılığına ve değişim yeterliliğine bağlı olarak değişmektedir. Değişime hazırlığın değerlendirilmesindeki ilk aşama; hemşirenin bilgi, beceri ve kanıta dayalı uygulamaya yönelik tutumunun değerlendirilmesini içermektedir¹⁷. Değişime hazır olma algısının iyileştirilmesi için bilgi ve deneyimin paylaşılması, liderlerin tutarlı eylem ve mesajları kullanması gerekmektedir. Organizasyonun değişime hazırlığını kolaylaştıran unsurlar; inovasyonu benimsemek, risk almak, öğrenmeyi desteklemek, etkili iletişim kurmak ve talepleri dikkate almaktır⁴². Sağlık profesyonellerinin neyi değiştirmeye ihtiyaç olduklarını tanımlaması ve anlaması; değişimin gerçekleşmesini kolaylaştıran unsurlardır⁴³. Yüksek düzeyde değişime hazır olduğunda, organizasyon üyelerinin değişime başlama, çaba sarf etme ve süreklilik göstermelerinde artma olacak ve kanıta dayalı uygulama yaşama daha kolay geçirilebilecektir⁴².

Mentörlerin var olması:

Mentörler, bireysel ve organizasyonel değişiklik yaratmada kanıta dayalı uygulama alanlarında özel bilgi ve beceriye sahip kişilerdir³⁴. Mentörlük, hemşireliğe yeni bir sistem getirmede pozitif bir strateji olarak kabul edilmektedir⁴³. Kanıta dayalı uygulama kültürünün oluşturulmasında önemli bir faktör; doğrudan hemşireler ile çalışacak olan kanıta dayalı uygulama mentörlerinin gelişimidir^{44,45}.

Mentörler, sağlık profesyonellerinin bilgi ve becerilerini değerlendirmeli ve sistem içerisinde var olan engellerin aşılmasına yardımcı olmalıdır. Bu durum, kanıta dayalı uygulamanın sağlık sistemi içerisinde sürekliliğini sağlayacaktır⁴⁶. Wallen, ve arkadaşlarının (2010) mentörlük programının kanıta dayalı uygulama üzerine etkisini incelediği çalışmada; mentörlük programının KDU kültürünün oluşması, değişime hazır olma, meslek memnuniyeti, ekip uyumu ve

kurumda kalma isteği üzerinde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır⁴⁵. Yapılan bir randomize kontrollü çalışma sonucunda; mentör desteği alan grubun kanıta dayalı uygulama düşüncelerinde önemli derecede düzelme, kanıta dayalı uygulamaların yaşama geçirilmesinde artış, çalışma boyunca çalışmayı yarım bırakmada yaklaşık %50 azalma olduğu bildirilmiştir⁴⁶.

Kaynak temini:

Etkili bir organizasyon yapısı, insan ve materyal desteği sağladığı kadar okuma zamanları da oluşturarak KDU' nun yaşama geçirilmesini kolaylaştırabilmektedir⁴⁷. Hemşirelerin sorularına cevap oluşturacak sağlam bir altyapının ve kaynakların organizasyon tarafından sağlanması gerekmektedir. Bu kaynaklar; araştırma veri tabanları, tam metin makaleler, araştırmalara yardımcı olabilecek nitelikte kütüphane personelleridir³⁶. Meijers ve arkadaşları (2006) kanıta dayalı uygulama kültürünün oluşmasında materyal ve insan desteğinin önemini vurgulamıştır. Materyal destek; konferanslara katılım ve kütüphanenin sahip olduğu alt yapılar, insan desteği ise klinik uzman hemşirelere ve araştırma komitelerine ulaşımı içermektedir⁴⁸.

Ödüllendirme ve tanıtma sistemi:

KDU kültür değişiminin gerçekleşmesi için kanıta dayalı uygulamada başarılı olan hemşirelerin ödüllendirilmesi gerekmektedir⁴⁹. Davranış değişikliğini destekleyen ödüllendirme sistemi; algılanan organizasyonel destek düzeyini arttıracaktır. Ödüllendirme sistemi için kriterler; organizasyon tarafından belirlenmeli, ancak her bir hemşirenin yıllık değerlendirmesi mutlaka yapılmalıdır⁵⁰. Her bir klinikte yapılan kanıta dayalı uygulama çalışmalarını gösteren posterlerin sunulması, haftalık ya da aylık grup içi iletişim etkinliklerinin düzenlenmesi, başarıların yerel ya da ulusal medyada duyurulması ve web sitelerinde reklamlarının yapılması tanıtma sistemlerine örnektir⁵¹. Ödüller; parasal ya da parasal olmayan şekilde, iç ya da dıştan gelen ödüller olmak üzere farklı şekillerde olabilmektedir. Ancak, kişiler dıştan gelen ödüllerle kendi kendine karar verme duygusunun

zayıflatıldığını düşünerek motivasyonlarını düşürebilirler. Aynı zamanda, dıştan gelen ödüller yarışma hissi uyandırarak motivasyona olumlu etkide de bulanabilir⁵². Ödül sisteminin istenilen davranış değişikliğini yaratmasında etkili olan bazı durumlar bulunmaktadır. Bunlar; ödülün algılanan güzelliği, zorlu hedeflere ulaşmak için sarf edilen çaba ve kişinin sorumlulukları yerine getirmede öz-yeterliliğe sahip olduğunu gösterecek uygulamalardır. Ödül sistemleri bu kriterleri karşıladığı takdirde etkili olabilecek, kişideki davranış değişikliği gözlemlenebilecek ve değerlendirilebilecektir⁵³.

Sürekli eğitim:

Kanıtı dayalı uygulamanın yaşama geçirilmesindeki bir diğer engel; hemşirelerin kanıtı dayalı uygulama hakkında bilgi ve becerilerinin eksik olmalarıdır⁵⁴. Kanıtı dayalı uygulamadaki yeterliliğe ise eğitim programları ile ulaşılabilir⁵⁵. Sürekli eğitim programları; eğitimler tarafından geri bildirimler ile katılımcıların araştırmayı ve eleştirel değerlendirmeyi deneyimlemelerini sağlar. Sürekli eğitim programlarının workshop, bilgisayar destekli öz-yönetim programı, dergi kulüpleri ve klinik rehberleri içermesi gerekmektedir^{56,57}. Kanıtı dayalı uygulamanın başarılı bir şekilde girişimlere aktarılması için; eğitim ve uygulama içeriğinin açık ve anlaşılır bir şekilde tanımlanması gerekmektedir³⁷. Eğitim stratejilerinin amacı; organizasyon genelinde kanıtı dayalı uygulamanın yaşama geçirilmesini ve uygulayıcının en uygun olan kanıtı karar vermesini sağlamaktır⁵⁸.

Gifford, Davies, Edwards, Griffin ve Lybanon' un (2007) yaptığı çalışmada eğitimin önemini vurgulanmıştır. Eğitim, katılımcıların sürekli olarak rehber kullanmasını sağlayan etken olarak tanımlanmıştır⁵⁹. Hemşirelerin sürekli rehber kullanımı uygulamalara yansiyarak organizasyon yapısı ve sürecini etkileyebilmektedir⁴⁷. Ancak, farklı disiplinler ile yapılan birçok çalışmaya bakıldığında; sürekli eğitimlerin kişinin bilgi düzeyine etki ederken davranış değişikliği

yaratmada etkisinin olmadığı saptanmıştır^{60,61}. Novak ve McIntyre' nin (2010) eğitimin etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada; KDU bilgi düzeyinin programdan sonra hızlı bir şekilde arttığı, davranış değişikliğinin ise 18 ay sonra gerçekleştiği, sorunlara yönelik eleştirel bakış açısının önemli derecede arttığı belirlenmiştir⁵⁸.

Kanıtı dayalı uygulama modelini seçme:

Kanıtı dayalı uygulamada model kullanım amacı; kanıtın klinik uygulamaya aktarılmasında yaşanan zorlukları çözümlenektir. Model kullanımı, kullanılan kaynak ve zamanın azalmasını⁶², değişikliğin planlanıp uygulanmasını ve kalite gelişimini sağlamaktadır. Modellerin temelinde eğitim, motivasyon, sosyal etkileşim, sosyal öğrenme, sosyal network ve sosyal etki teorileri bulunmaktadır. Modeller, bir klinik araştırma sorusunun nasıl ele alınacağından başlayarak uygulamada organizasyonel değişikliğin nasıl yapılacağına kadar adım adım rehberlik yapmaktadır. Model kullanımı; kanıtı dayalı uygulama değişikliğini desteklemekte, tamamlanmamış uygulamaları önlemekte, kaynak kullanımını geliştirmekte ve sonuçların değerlendirilmesini kolaylaştırmaktadır⁶³.

Hemşirelerin kanıtı dayalı uygulamayı yaşama geçirme sürecini sistematik bir şekilde organize eden birçok model vardır. Bu modeller; Araştırma Kullanımında Stettler Model⁶⁴, bakımın kalitesini yükseltmek için kanıtı dayalı uygulamada Iowa Model⁵¹, Johns Hopkins Hemşirelik Modeli⁶⁵ ve ACE Star Model' dir⁶⁶. Literatürde kanıtı dayalı uygulama modellerinin birçok klinik süreçte kullanıldığı görülmektedir. Ventilator kaynaklı pnömonide uygulama rehberi oluşturmada ACE Modeli⁶⁷, bir yoğun bakım ünitesinde sözel iletişimi olmayan hastalarda ağrı değerlendirmede ağrı gözlem aracının geliştirilmesinde ise Iowa Model'i kullanılmıştır⁶⁸. Klinikte kullanılacak olan uygun modele, modellerin birbiri ile kıyaslanmasıyla karar verilmesi ve

organizasyona en uygun olanın seçilmesi gerekmektedir⁶².

Tranformasyonel liderlerin var olması:

Transformasyonel liderler; vizyon, ilham ve motivasyon sağlayan kişilerdir⁴³. Transformasyonel liderler; değişime uyum sağlayan, yeni fikir ve düşünceleri destekleyen bir çevre oluşturur⁶⁹. Destekleyici liderlik, kanıta dayalı uygulamanın yaşama geçirilmesi için önemli bir etkidir^{70,71}. Melnyk' ın (2014) yaptığı çalışmada; kanıta dayalı uygulamanın yaşama geçirilmesindeki en önemli engellerden biri hemşireler, liderler ve yöneticiler olarak belirlenmiştir³⁶. Scott-Findlay ve Golden-Biddle (2005) ise kanıta dayalı uygulamanın yaşama geçirilmesi için uygun çevreyi sağlamada liderlerin önemli bir etken olduğunu belirtmiştir⁶. Sandström, Borglin, Nilsson ve Willman' ın (2011) birçok çalışmayı inceleyerek yaptığı derlemede; geribildirim mekanizmalarını kullanan, rol model olan, destekleyen, ulaşılabilir ve etkili iletişime sahip olan liderlerin KDU' nun yaşama geçirilmesini kolaylaştırdığı saptanmıştır⁴⁷. Hemşire liderlerin, ileri düzeyde akademik bir dereceye sahip olmamaları nedeni ile kanıta dayalı uygulamanın yaşama geçirilmesinde rol almadığı belirlenmiştir^{73,2}. Bu nedenle, hemşire liderler kanıta dayalı uygulama için eğitilmelidir. Kanıta dayalı uygulama eğitim programları; lider ve rol model olma, kanıta dayalı uygulama ile ilgili sorumlulukları ve liderlik stillerini içermelidir. Böylece, hemşire liderlerin kanıta dayalı uygulamayı desteklemede kendilerine olan güvenleri artmış olacaktır³⁴.

Karar destek sistemlerinin kullanılması

Karar destek sistemleri (KDS), insanların karar vermelerinde yardımcı olan bilgisayar tabanlı bilgi sistemleridir. KDS, bakım verme sürecinde kanıta dayalı önerilerin karar

vermede kullanılmasını sağlamaktadır⁷³. Ancak, bu sistemin oluşturulması için öncelikli gereksinim; problemin çözümünde kullanılacak olan dikkate değer bilgidir. Karar destek sistemleri, öneriler, açıklamalar, alarmlar ve hatırlatıcı sistemleri kullanarak hastaya özel karar vermeyi sağlamaktadır⁷⁴. Ancak, sistemlerin kullanılmasıyla birlikte birtakım sorunlar da meydana gelebilmektedir. Bu sorunlar; verilerin karmaşıklığına bağlı tasarım hataları, klinik uygulamalarla sistemin entegrasyonunun sağlanamaması, her uygulamadan başarılı sonuç alınamaması, sistemi kullanma yönünde isteksiz olma, sistemlerin fayda/riskleri konusunda bilgi eksikliği ve ortaya çıkan yeni yazılım, donanım ve personel eğitim masraflarıdır⁷⁵. Bright ve arkadaşlarının (2012) KDS' lerin etkinliğini değerlendirdiği sistematik derleme çalışmasında; karar destek sistemlerinin sağlık bakım süreçlerini iyileştirmede etkili olduğu, ancak ekonomi, iş yükü ve sonuçların etkinliği hakkında verinin yetersiz olduğu bulunmuştur⁷⁶.

Sistemlerin etkinliği, kullanılan kanıtın kalitesine bağlı olarak değişmektedir. Sistemlerin kullanımı standart bir bilgi yapısını oluşturarak kanıta dayalı bilgiye uyumu arttıracak ve klinikteki uygulama değişimlerini azaltabilecektir. Ayrıca, KDS ile karar verme bilginin yönetimini sağlamakta, zihinsel iş yükünü azaltmakta ve klinik iş akışını iyileştirilebilmektedir⁷⁷. Sistemlerin kullanımı ile bakımın kalitesi, hasta güvenliği ve sağlık bakımının etkinliğinde de iyileşme sağlanabilecektir⁷⁸. KDS kullanımını arttırmak için yöneticilerin, değerlendiricilerin, sağlık profesyonellerinin ve uygulanan hastalardan oluşan bir ekibin kurulması gerekmektedir. Sağlık profesyonelinin farkındalık ve uyumunun sağlanması için uygulayıcılara fırsat ve zaman tanınmalıdır⁷⁹.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemizde, maternal bakıma yönelik güncel rehberlerde var olan kanıtların uygulamada kullanılmadığı göze çarpmaktadır²⁶. Buna sebep olan temel faktörlerden birisi ise; organizasyon kültürünün kanıta dayalı uygulamaları destekleyen unsurlara sahip olmamasıdır. Kanıta dayalı uygulamada var olan zorluklar tamamen ortadan kaldırılamayacaktır. Ancak ekip çalışması ve iş birliğinin katkısı ile kanıta dayalı uygulamalar hemşireler için ödüllendirici ve ilham verici deneyimler haline dönüştürülebilecektir.

Sonuç olarak maternal bakımda KDU kültürü oluşturmak için;

- Organizasyonun değişime hazırlığının ve yeterliliğin değerlendirilmesi,
- Değişime hazırlığın teşvik edilmesi için organizasyon kültüründe iyileştirmelerin yapılması,
- Kanıta dayalı uygulamaların klinik ortama aktarılmasını sağlayacak, bireysel ve organizasyonel değişiklikler yapmada özel becerileri olan mentörlerin var olması,

- Rehberlere hızlı ve kolay bir şekilde ulaşmayı sağlayan kaynakların organizasyon tarafından temin edilmesi,
- Klinik araştırmayı, bilgi paylaşımını ve davranış değişikliğini sağlayacak, motivasyonu arttıracak ödüllendirme sistemlerinin oluşturulması,
- Sağlık profesyonellerine kanıtın araştırılması, okunması, yorumlanması ve yaşama geçirilmesi sürecini ele alan sürekli eğitimlerin planlanması,
- Kanıtın klinik uygulamaya aktarılması sürecinde sağlık profesyonellerine adım adım yardımcı olacak uygun modellerin kullanılması,
- Kliniklerde değişime uyum sağlayan, yeni fikir ve düşünceleri destekleyen, rol model olan transformasyonel liderlerin var olması,
- Kanıt değeri yüksek bilgi temel alınarak hazırlanmış olan karar destek sistemlerinin kliniklerde yaygın olarak var olması ve sistemlerin etkin bir şekilde kullanımının sağlanması önerilmektedir. Böylece, kanıt temelli bakım ile maternal bakımın kalitesi artırılabilir, sağlıklı anneler ile birlikte sağlıklı nesillerin oluşturulmasına katkıda bulunulacaktır.

KAYNAKLAR

1. Hain DJ, Kear TM. (2015). "Using Evidence-Based Practice to Move Beyond Doing Things The Way We Have Always Done Them". *Nephrology Nursing Journal*, 42(1): 11.
2. Makic MBF, Rauhen C, Jones K, Fisk AC. (2015). "Continuing to Challenge Practice to Be Evidence Based". *Critical Care Nurse*, 35(2): 39-50.
3. Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, Bailey J, Cooke J, Kendall S, McNeilly E. (2007). "Factors Influencing The Development of Evidence-Based Practice: A Research Tool". *Journal of Advanced Nursing*, 57(3): 328-338.
4. Reigle BS, Stevens KR, Belcher JV, Huth MM, McGuire E, Mals D, Volz T. (2008). "Evidence-Based Practice And The Road To Magnet Status". *Journal of Nursing Administration*, 38(2): 97-102.
5. Baird LM, Miller T. (2015). "Factors Influencing Evidence-Based Practice For Community Nurses". *Br J Community Nurs*, 20(5): 233-242.
6. Scott-Findlay S, Golden-Biddle K. (2005). "Understanding How Organizational Culture Shapes Research Use". *Journal of Nursing Administration*, 35(7-8): 359-365.
7. Williams B, Perillo S, Brown T. (2015). "What Are The Factors Of Organisational Culture In Health Care Settings That Act As Barriers To The Implementation Of Evidence-Based Practice? A Scoping Review". *Nurse Education Today*, 35(2): 34-41.
8. Barker J. (2013). *Evidence-Based Practice for Nurses*. SAGE Publications. Sage.
9. Yadav BL, Fealy GM. (2012). "Irish Psychiatric Nurses' Self-Reported Sources of Knowledge For Practice". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(1): 40-46.
10. Solomons NM, Spross JA. (2011). "Evidence-Based Practice Barriers And Facilitators From A Continuous Quality Improvement Perspective: An Integrative Review". *Journal of Nursing Management*, 19(1): 109-120.
11. Mills J, Field J, Cant R. (2009). "The Place of Knowledge and Evidence in The Context of Australian General Practice Nursing". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(4): 219-228.
12. DiCenso A, Ciliska D, Guyatt G. (2005). "Introduction to Evidence-Based Nursing". *Evidence-based nursing: A guide to clinical practice*: 3-19.
13. Gale BVP, Schaffer MA. (2009). "Organizational Readiness For Evidence-Based Practice". *Journal of Nursing Administration*, 39(2): 91-97.
14. Cummings GG, Estabrooks CA, Midodzi WK, Wallin L, Hayduk L. (2007). "Influence Of Organizational Characteristics And Context On Research Utilization". *Nursing research*, 56(4): 24-39.
15. Hall HR, Roussel LA. (2014). *Evidence-Based Practice: An Integrative Approach To Research, Administration And Practice*. Burlington, MA: Jones & Bartlett.
16. Wallin L. (2009). "Knowledge Translation And Implementation Research In Nursing". *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 576-587.

17. Rebecca Richards, DNP. (2013). "The Experience of Implementing Evidence-Based Practice Change: A Qualitative Analysis". *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(5): 544.
18. World Health Organization. *The World Health Report: Make Every Mother and Child Count, 2005*. Geneva: World Health Organization; 2005.
19. Garner P, Meremikwu M, Volmink J, Xu Q, Smith H. Putting evidence into practice: how middle and low income countries "get it together". *BMJ*. 2004;**329**(7473):1036-9. doi: 10.1136/bmj.329.7473.1036. [PubMed: 15514355].
20. Iravani, M, Janghorbani M, Zarean E, Bahrami M. (2016). Barriers to Implementing Evidence-Based Intrapartum Care: A Descriptive Exploratory Qualitative Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(2).
21. Karolinski A, Micone P, Mercer R, Gibbons L, Althabe F, Belizan JM, et al. Evidence-Based Maternal and Perinatal Healthcare Practices in Public Hospitals in Argentina. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;**105**(2):118-22. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.01.003. [PubMed: 19232607].
22. Shaw E, Kaczorowski J. (2007). "Postpartum Care-What's New?". *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 19(6): 561-567.
23. Ackley B, Ladwig G, Swan B, Tucker S. (2008). Evidence Based Nursing Care Guidelines. Medical Surgical Interventions. Mosby Elsevier, syf:15
24. Lothian JA. (2007). Discussion: The Coalition for Improving Maternity Services. *The Journal of Perinatal Education*, 16(Suppl 1), 89S.
25. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (2016). Anne Dostu Hastane Kriterleri ve Anne Dostu Hastane Listesi http://www.tkhk.gov.tr/6738_anne-dostu-hastane-k.
26. Turan JM, Bulut A, Nalbant H, Ortaylı N, Erbaydar T. (2006). "Challenges For The Adoption Of Evidence-Based Maternity Care In Turkey". *Social Science & Medicine*, 62(9): 2196-2204.
27. Öztürk D, Yılmaz-Sezer N, Eroğlu K. PERİNATOLOJİDE KANITA DAYALI UYGULAMALAR EVIDENCE BASED PRACTICE IN PERINATOLOGY. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014 3 (1-2-3), 13-28.
28. Carroli G, Mignini L. (2009). "Episiotomy For Vaginal Birth". *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1).. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2. (edited in 2012).
29. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. (2013). "Enemas During Labour". *The Cochrane Library*. (7): CD000330. doi:10.1002/14651858.CD000330.pub4.
30. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. (2009). "Maternal positions and mobility during first stage labour". *The Cochrane Library*.
31. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. (2013). "Restricting Oral Fluid And Food Intake During Labour". *The Cochrane Library*. CD003930. doi:10.1002/14651858.CD003930.pub3.
32. Brady N, Lewin L. (2007). "Evidence-Based Practice in Nursing: Bridging The Gap Between Research and Practice". *Journal of Pediatric Health Care*, 21(1): 53-56.
33. DeBruyn RR, Ochoa-Marín SC, Semenic S. (2014). "Barriers And Facilitators To Evidence-Based Nursing In Colombia: Perspectives Of Nurse Educators, Nurse Researchers And Graduate Students". *Investigación y educación en enfermería*, 32(1): 9-2127.
34. Gallagher-Ford L. (2014). "Implementing and Sustaining EBP in Real World Healthcare Settings: Transformational Evidence-Based Leadership: Redesigning Traditional Roles to Promote and Sustain a Culture of EBP". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(2): 140-142.
35. McLean LD. (2005). "Organizational Culture's Influence On Creativity And Innovation: A Review Of The Literature And Implications For Human Resource Development". *Advances In Developing Human Resources*, 7(2): 226-246.
36. Melnyk BM. (2014). "Speeding the Translation of Research into Evidence-Based Practice and Conducting Projects That Impact Healthcare Quality, Patient Outcomes and Costs: The "So What" Outcome Factors". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1): 1-4.
37. Burns HK, Dudjak L, Greenhouse PK. (2009). "Building An Evidence-Based Practice Infrastructure And Culture: A Model For Rural And Community Hospitals". *Journal of Nursing Administration*, 39(7/8): 321-325.
38. Galambos C, Dulmus CN, Wodarski JS. (2005). "Principles For Organizational Change In Human Service Agencies". *Journal Of Human Behavior In The Social Environment*, 11(1): 63-78.
39. Straka KL, Brandt P, Brytus J. (2013). "Brief Report: Creating A Culture Of Evidence-Based Practice And Nursing Research In A Pediatric Hospital". *Journal of Pediatric Nursing*, 28(4): 374-378.
40. Holt DT, Armenakis AA, Feild HS, Harris SG. (2007). "Readiness For Organizational Change The Systematic Development Of A Scale". *The Journal of Applied Behavioral Science*, 43(2): 232-255.
41. Glisson C. (2007). "Assessing And Changing Organizational Culture And Climate For Effective Services". *Research on Social Work Practice*, 17(6): 736-747.
42. Weiner, B. J. (2009). "A Theory Of Organizational Readiness For Change". *Implementation Science*, 4(1): 1.
43. Barker, A. M., Sullivan, D. T., & Emery, M. J. (2006). "Leadership Competencies For Clinical Managers: The Renaissance Of Transformational Leadership." Jones & Bartlett Learning.
44. Melnyk BM. (2007). "The Evidence-Based Practice Mentor: A Promising Strategy for Implementing and Sustaining EBP in Healthcare Systems". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(3): 123-125.
45. Wallen GR, Mitchell SA, Melnyk B, Fineout-Overholt E, Miller-Davis C, Yates J, Hastings C. (2010). "Implementing Evidence-Based Practice: Effectiveness Of A Structured Multifaceted Mentorship Programme". *Journal of Advanced Nursing*, 66(12): 2761-2771.
46. Levin RF, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Barnes M, Vetter, MJ. (2011). "Fostering Evidence-Based Practice To Improve Nurse And Cost Outcomes In A Community Health Setting: A Pilot Test Of The Advancing Research And Clinical Practice Through Close Collaboration Model". *Nursing Administration Quarterly*, 35(1): 21-33.
47. Sandström B, Borglin G, Nilsson R, Willman A. (2011). "Promoting The Implementation Of Evidence-Based Practice: A Literature Review Focusing On The Role Of Nursing Leadership". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(4): 212-223.
48. Meijers JM, Janssen MA, Cummings GG, Wallin L, Estabrooks CA, YG Halfens R. (2006). "Assessing The Relationships Between Contextual Factors And Research Utilization In Nursing: Systematic Literature Review". *Journal of Advanced Nursing*, 55(5): 622-635.
49. Rapp CA, Etzel-Wise D, Marty D, Coffman M, Carlson L, Asher D, Holter M. (2010). "Barriers To Evidence-Based Practice Implementation: Results Of A Qualitative Study". *Community Mental Health Journal*, 46(2): 112-118.
50. Grant HS, Stuhlmacher A, Bonte-Eley S. (2012). "Overcoming Barriers To Research Utilization And Evidence-Based Practice Among Staff Nurses". *Journal for Nurses in Professional Development*, 28(4): 163-165.
51. Titler MG, Kleiber C, Steelman VJ, Raket BA, Budreau G, Everett LQ, Goode CJ. (2001). "The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care". *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4): 497-509.
52. Bartol KM, Srivastava A. (2002). "Encouraging Knowledge Sharing: The Role Of Organizational Reward Systems". *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 9(1): 64-76.
53. Bartol KM, Locke EA. (2000). "Incentives and Motivation". *Compensation In Organizations: Current Research And Practice*: 104-147.
54. Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Fischbeck Feinstein, N., Li, H., Small, L., Wilcox, L., & Kraus, R. (2004). "Nurses' Perceived Knowledge, Beliefs, Skills, and Needs Regarding Evidence-Based Practice: Implications for Accelerating the Paradigm Shift". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(3): 185-193.
55. Institute Of Medicine (IOM) (2010). *Redesigning Continuing Education In The Health Professions* The National Academies Press, Washington, DC..
56. Bradley P, Oterholt C, Herrin J, Nordheim L, Bjørndal A. (2005). "Comparison Of Directed And Self-Directed Learning

- In Evidence-Based Medicine: A Randomised Controlled Trial". *Medical Education*, 39(10): 1027-1035.
57. Buchan H, Lourey E, D'Este C, Sanson-Fisher R. (2009). "Effectiveness of Strategies To Encourage General Practitioners To Accept An Offer Of Free Access To Online Evidence-Based Information: A Randomised Controlled Trial". *Implementation Science*, 4(1): 1.
 58. Novak I, McIntyre S. (2010). "The Effect Of Education With Workplace Supports On Practitioners' Evidence-Based Practice Knowledge And Implementation Behaviours". *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(6): 386-393.
 59. Gifford W, Davies B, Edwards N, Griffin P, Lybanon V. (2007). "Managerial Leadership For Nurses' Use Of Research Evidence: An Integrative Review Of The Literature". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(3): 126-145.
 60. Stevenson K, Lewis M, Hay E. (2006). "Does Physiotherapy Management Of Low Back Pain Change As A Result Of An Evidence-Based Educational Programme?". *Journal of Evaluation In Clinical Practice*, 12(3): 365-375.
 61. McCluskey A, Lovarini M. (2005). "Providing Education On Evidence-Based Practice Improved Knowledge But Did Not Change Behaviour: A Before And After Study". *BMC Medical Education*, 5(1): 1.
 62. Schaffer MA, Sandau KE, Diedrick L. (2013). "Evidence-Based Practice Models for Organizational Change: Overview and Practical Applications". *Journal of Advanced Nursing*, 69(5): 1197-1209.
 63. Gawlinski A, Rutledge D. (2008). "Selecting a Model for Evidence-Based Practice Changes: A Practical Approach". *AACN Advanced Critical Care*, 19(3): 291-300.
 64. Stetler CB. (2001). "Updating the Stetler Model Of Research Utilization To Facilitate Evidence-Based Practice". *Nursing Outlook*, 49(6): 272-279.
 65. Newhouse R, Dearholt S, Poe S, Pugh LC, White KM. (2005). "Evidence-Based Practice: A Practical Approach to Implementation". *Journal of Nursing Administration*, 35(1): 35-40.
 66. Stevens KR. (2004). ACE Star Model Of EBP: Knowledge Transformation. Academic Center For Evidence-Based Practice. The University Of Texas Health Science Center At San Antonio, 1-3.
 67. Abbott CA, Dremsa T, Stewart DW, Mark DD, Swift CC. (2006). "Adoption of a Ventilator-Associated Pneumonia Clinical Practice Guideline". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(4): 139-152.
 68. Kowal CD. (2009). "Implementing the Critical Care Pain Observation Tool using the Iowa Model". *The Journal of the New York State Nurses' Association*, 41(1): 4-10.
 69. Klainberg M, Dirschel KM. (2010). *Today's Nursing Leader: Managing, Succeeding, Excelling*. Jones & Bartlett Learning.
 70. Pipe TB, Cisar NS, Caruso E, Wellik KE. (2008). "Leadership Strategies: Inspiring Evidence-Based Practice at the Individual, Unit, and Organizational Levels". *Journal of Nursing Care Quality*, 23(3): 265-271.
 71. Moser LL, DeLuca NL, Bond GR, Rollins AL. (2004). "Implementing Evidence-Based Psychosocial Practices: Lessons Learned From Statewide Implementation Of Two Practices". *CNS spectrums*, 9(12): 926-936.
 72. Udod SA, Care WD. (2004). "Setting The Climate For Evidence-Based Nursing Practice: What Is The Leader's Role?". *Age*, 30(39): 16.
 73. Anderson JA, Willson P. (2008). "Clinical Decision Support Systems In Nursing: Synthesis Of The Science For Evidence-Based Practice". *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 26(3): 151-158.
 74. Wyatt JC. (2000). "Decision Support Systems". *Journal of The Royal Society Of Medicine*, 93(12): 629-33.
 75. Özata M, Aslan Ş. (2004). "Klinik Karar Destek Sistemleri Ve Örnek Uygulamalar". *Kocatepe Tıp Dergisi*, 5(1): 11-17.
 76. Bright TJ, Wong A, Dhurjati R, Bristow E, Bastian L, Coeytaux RR, Wing L. (2012). "Effect Of Clinical Decision-Support Systems: A Systematic Review". *Annals of Internal Medicine*, 157(1): 29-43.
 77. Karsh BT. (2009). "Clinical Practice Improvement And Redesign: How Change In Workflow Can Be Supported By Clinical Decision Support". Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services. Publication, (09-0054).
 78. Coiera E, Westbrook J, Wyatt J. (2006). "The Safety And Quality Of Decision Support Systems". *IMIA Yearbook of Medical Informatics*, 45(1): 20-25.
 79. Sim I, Gorman P, Greenes RA, Haynes RB, Kaplan B, Lehmann H, Tang PC. (2001). "Clinical Decision Support Systems For The Practice Of Evidence-Based Medicine". *Journal of the American Medical Informatics Association*, 8(6): 527-534.

SİTOREDÜKTİF CERRAHİ İLE BİRLİKTE HİPERTERMİK İNTRAPERİTONEAL KEMOTERAPİ UYGULANAN OVER KANSERİ HASTAYA YAKLAŞIM: OLGU SUNUMU

THE APPROACH OF OVARIAN CANCER PATIENT WHO CYTOREDUCTIVE SURGERY WITH HYPERTHERMIC INTRAPERITONEAL CHEMOTHERAPY: CASE REPORT

Semra ELMAS¹, Gül ERTEM²

ÖZET

Jinekolojik kanserler içinde over kanseri sık görülmekte ve hayatı tehdit etmektedir. Gelişen bilim ve teknoloji sayesinde tıp alanındaki yenilikler ile birlikte erken tanı, erken müdahale ve iyi bir bakımla hayatta kalma oranları artış göstermektedir. Yıllar içinde bu kanser türüne yaklaşımlar da değişiklik göstermiştir. Sitoredüktif cerrahi ile birlikte hipertermik intraperitoneal kemoterapi uygulanması bunlardan biridir. Yapılan bu tür cerrahi işlemlerin preoperatif, intraoperatif ve postoperatif aşamaları hassas ve zorlayıcı olmaktadır. Bunun yanında hastalarda birçok komplikasyon gelişebilmektedir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının, tedavi ve iyileşme aşamasındaki hastaya son gelişmeler doğrultundaki bilgi birikimi ile yaklaşımları gerekmektedir. Böylece bir taraftan hastanın yaşam kalitesi artırılırken, diğer taraftan yapılan işlemlerin ve tedavi aşamalarının öğrenilmesi sağlık çalışanlarının bakımlarını planlanmalarında kolaylık sağlayacaktır. Bu yaklaşım ile olgumuzda son yapılan çalışmalar doğrultusunda hemşirelik bakımlarının ele alınması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Over Kanseri, Sitoredüktif Cerrahi, Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi, Hemşirelik Bakımı.

ABSTRACT

Over cancer is common in gynecological cancers and threatens life. Thanks to advances in science and technology together with innovations in the field of medicine, early diagnosis, early intervention and with a good care the survival rates are increased. Over the years modalities to this type of cancer also differed. Implementation of hyperthermic intraperitoneal chemotherapy with cytoreductive surgery is one of them. Preoperative, intraoperative and postoperative phases of performed such surgical procedures are sensitive and challenging. Besides many complications can be seen in patients. Therefore, healthcare professionals need to provide care to the patients who are in the process of treatment and recovery, with the knowledge of the latest developments. Thus, one side of the patient's quality of life increased, on the other hand learning of the transaction and the treatment stage will provide ease in planning the maintenance of health workers. With this approach, in our case was aimed to address the nursing care in line with the recent study.

Keywords: Ovarian Cancer, Cytoreductive Surgery, Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy, Nursing Care.

¹PhD(c), Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı.

² Doç. Dr. Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

GİRİŞ VE AMAÇ

Gelişen bilim ve teknoloji paralelinde cerrahi ve kemoterapi alanında meydana gelen gelişmelere rağmen, over kanseri (over ca) jinekolojik onkolojide çok önemli bir yere sahip olan ve hayatı tehdit eden bir kanser türüdür.¹ Kadınlarda en sık görülen beşinci kanser olmakla birlikte, görülen kanserlerin %3'ünü oluşturmaktadır.^{2, 3} Jinekolojik kanserler içerisinde en yüksek mortalite oranına sahiptir. 2011 yılında, kadın kanserlerine bağlı ölümlerin %6'sını oluşturmuştur.^{4, 5} Türkiye'de 2009 yılında yüz binde 6,9 oranında görülmüştür.⁶ Genel popülasyondaki kadınların %1,4'ü over ca riski altındadır. Kalıtsal genetik anomalisi olan kadınlarda bu risk artar. Göğüs Kanseri Duyarlılık (BRCA) mutasyonu olan kadınlarda bu ihtimal %40'a kadar çıkmaktadır.⁷

Over kanserinin semptomları arasında; inatçı kasık ve karın ağrısı, artmış karın çevresi, şişkinlik, yeme güçlüğü ve çabuk doyma, idrara çıkma ihtiyacında artma ve/veya aciliyet hissi olup, semptomlar asemptomatiktir.⁸ Bu nedenle genellikle III veya IV. evrelerde tanı konmakta ve sağ kalım oranları düşüktür.^{9, 10} Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FİGO)'na göre dört evresi vardır. Evre 1 de; kanser sadece overlerle sınırlıdır. %20 oranında görülür ve sağkalım %73'dür. Evre 2 de; kanser overlerin dışına taşmıştır ve pelvis ile sınırlanmış alan içinde büyümektedir. %5 oranında görülür ve sağkalım %45'dir. Evre 3; kanser karın boşluğuna yayılmıştır. %58 oranında görülmekle birlikte %21 sağkalım mevcuttur. Evre 4 de ise, kanser overden uzak olan diğer vücut organlarına metastaz yapmıştır ve %17 oranında görülür. %5 den daha az bir sağkalım mevcuttur.^{9, 11} İleri evrede beş yıllık sağ kalım oranı %37,6'dır. Bundan dolayı standart tedavi ile birlikte daha fazla cerrahi ve kemoterapilerden oluşan ek tedaviler gerektirmektedir.¹² Over kanserlerinin %60-80'ini yayılımı hızlı olan yüksek dereceli seröz tipi oluşturmaktadır.¹³

Over ca'nın ilerleyen aşamaları gibi intraperitoneal bölgeye yayılan tümörlerin

tedavileri onkolojide önemli bir sorundur.¹⁴ Bu kanser türünde standart tedavi olarak; uygun cerrahi evreleme ve sitoreduksiyon yapılmalı, platin içeren kemoterapiler kullanılmalıdır. Over kanserlerinin %70'i kemoterapik ajanlara karşı duyarlıdır. Kemoterapinin etkin olabilmesi için de tümör hacminin küçük olması gerekmektedir. Bunun için sitoreduktif cerrahi yapılmaktadır. Yapılan cerrahi işlem ile birlikte sağkalım oranı artmaktadır. Evreleme cerrahisinde; batın yıkantı suyu alınması, tip 1 ektrafasyal histerektomi, bilateral salpingooferektomi, apendektomi, pelvik-paraaortik lenf nodu diseksiyonu, omentektomi ve batın biopsileri yer almaktadır. Sitoreduktif cerrahide bunların yanında; barsak rezeksiyonu, diyafram soyulması, splenektomi, distal pankreatektomi, karaciğer rezeksiyonu, porta hepatitis rezeksiyonu ve diğer işlemler yapılabilir.¹⁵ Standart primer over kanseri cerrahisi; internal genital organlar, omentum ve peritoneal tümör implantlarının alınmasını içerirken, tümörün optimal temizlenmesi için hastaların %25-35'inde barsak rezeksiyonu gerekmektedir. Aynı zamanda %74'ünde de evre ile birlikte paralellik gösteren pelvik ve paraaortik lenf düğümü metastazı görülür.^{15, 16} Sitoreduksiyon cerrahisi sonrası; plevral effüzyon, diafragma rezeksiyonu sonrası pnömotoraks, ince barsak rezeksiyonu sonrası enterokutan fistül oluşumu gibi komplikasyonlar görülebilir. Jinekolojik organlara yakınlıklarından dolayı damar yaralanması, üreter hasarı, mesane perforasyonu, barsak yaralanması gibi komplikasyonların riski artar. Cerrahi alana yakın olan organların yaralanması, akut böbrek hasarı gibi kısmi ya da tam organ hasarı ve yetmezliğiyle sonuçlanabilir. Vasküler yaralanmalar sonrası ciddi kan kayıplarına bağlı organ perfüzyon bozukluğundan ölüme kadar giden sorunlar meydana gelebilir. Anestezik ajanlar da; idrar çıkışını, glomerüler filtrasyon hızını, renal kan akımını ve elektrolitlerin atılımını azaltır.¹⁷ Olası komplikasyonları fazla olan bu girişim türünde amaç, bölgede mak-

roskopik tümör bırakmamaktır. Ancak periton karsinomlu hastalarda tümör hücreleri kalabilmektedir. Kalan hücrelerin ve sitoredüktif cerrahi sırasında periton boşluğuna dökülen malign hücrelerin yok edilmesi için de intraperitoneal kemoterapi kullanılmaktadır.¹⁸ Intraperitoneal kemoterapiyi yüksek ısıda uygulamak (Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC)) sitotoksisitenin yanı sıra, vazodilatasyon ve peritoneal kan akımında artma oluşturduğundan ilaç etkinliği artmaktadır.^{18, 19} İlaç doğrudan periton yüzeyindeki tümör hücreleri ile temas ettiğinden dolayı da sistemik etkileri minimal olmaktadır. Bu nedenle kemoterapiye bağlı yan etki nadir görülmektedir.¹⁸ Aynı zamanda tümör hücrelerinin radyoterapi ve kemoterapotik ajanlara karşı duyarlılıklarının artmasına neden olmaktadır.¹⁹ Isının ve ilacın abdomen pelvisin tüm yüzeylerine dağılmasını sağlar. Genel anestezi altında uygulandığından bulantı ve kusma görülmez. HIPEC esnasında geçen süre vücut ısısı,

pıhtılaşma, hemodinami vb. fonksiyonel parametrelerin düzeltilmesini sağlar. Bununla birlikte barsak serozası ve mezenterdeki tümör nodülleri eksize edilebilir.²⁰

Günümüzde uygun hasta seçimiyle, yapılan tam sitoredüksiyon ve intraperitoneal kemoterapi ile bazı hastalarda 'kür' kabul edilebilecek beş yıllık sağkalım elde edilebilmektedir.²⁰

Bu denli komplike cerrahi uygulanan hastalar, tedavilerinin her aşamasında iyi bir bakıma, takibe ve bilgiye ihtiyaç duymaktadırlar. Hasta ile yakından ilgilenen sağlık bakım personellerinin, özellikle de hemşirelerin son gelişmeler doğrultusunda hastalara bakım vermeleri gerekmektedir. Bu yaklaşım ile olgumuzda son yapılan çalışmalar doğrultusunda sitoredüktif cerrahi ile birlikte hipertermik intraperitoneal kemoterapi uygulanan over kanseri hastaların hemşirelik bakımlarında ele alınması gereken konulara dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Hasta E.S. 63 yaşında ve BKİ: 30,8 dir. Normal doğumla sonuçlanan dört gebelik yaşamıştır. Menopoza 51 yaşında girmiştir. Bir yıl önce başlayan karın ağrısı şikayeti ile dış kuruma başvuran hastaya yapılan tetkikler sonucunda "umbikal herni" teşhisi konmuştur. Ardından geçirmekte olduğu gribal enfeksiyon uzun süre geçmeyip, buna şiddetli karın ağrıları eklenmiştir. Son üç ayda sağ abdominal bölgede şiddetlenen ağrı ile baş etmeye çalışan hasta, sıcak su tedavisi uygulamaya başlamış ve biraz rahatlama hissetmiştir. Bu esnada tekrar doktora gitmiş, yapılan tetkikler sonucunda "overlerde kist" saptanmıştır. Hasta ve yakınları başka bir kuruma gidip tekrar muayene olunca ileri "over ca" tanısı konmuştur. Girişim yapılan hastaneye gelen hasta ve hasta yakınları yapılan tetkikler sonucunda "over ca" tanısı ile birlikte yapılacaklar konusunda bilgi almışlardır. Bireye yapılacak olan işlemler için onam alınmış, operasyon sorunsuz gerçekleştirilmiştir.

Yapılan cerrahi müdahale: sitoredüksiyon cerrahisi (total abdominal histerektomi + bilateral salpingo ooferektomi + low ant rezeksiyon + kolostomi açılması + appendektomi + peritonektomi + total omentektomi + pelvik paraaortik lenf nodu örnekleme + frozen + hipec)

Postoperatif (postop) birinci günü yoğun bakımda geçen hasta, ikinci gün de servise alınmıştır. Hasta altı kişilik bir odada kalmıştır. Postop ikinci günde iki ünite total parenteral nutrisyon (TPN) alan hasta, günün ilerleyen zamanlarında oral diyete; su, çay ve meyve suyu ile başlamıştır. Üçüncü günde hasta R1 diyetini almış olup gün içerisinde 2-2,5 lt. su tüketmiştir. Postop sekizinci günde tuzsuz R3 diyeti alan hastanın ara sıra bulantı ve kusması mevcuttur. Hastanın herhangi bir kronik hastalığı olmayıp, 2x1 kan şekere bakılmaktadır.

Postop ikinci günde yavaş yavaş hareket etmeye başlayan hasta günlük hareket oranını arttırarak gün içerisinde sık sık yürümektedir.

Postop beşinci ve yedinci günlerde abdominal süturlarda açılma ve akıntı gözlenmiştir. Yara yerinden sürüntü şeklinde kültür alınıp, yara yeri bakımı yapılmıştır. Postop yara yeri enfeksiyonu ve kolostomisi olan hasta değerlendirildikten sonra, hemovac drenine ek olarak basınçlı başka bir drenin takılması uygun görülmüştür. Postop sekizinci günde hastanın epigastrik bölgesindeki insizyonun ayrıldığı yere dren yerleştirilmiş ve yara yeri bakımı gerçekleştirilmiştir. Abdominal bölgede ağrı mevcuttur.

Postop altıncı günde mesane egzersizi yapılan hastanın foley kateteri yedinci günde çıkartılmıştır. Miksiyon ve defekasyonda herhangi bir problem yaşanmamıştır.

Hastanın mevcut tedavisi:

- ✓ Polifleks İzolen-S pH 7,4 Elektrolit İ.V. İnfüzyon İçin Çözelti (1x1)
- ✓ Oksapar 4000 Anti-XA IU/0,4 ml (1x1)
- ✓ Panto 40 mg İ.V. Flakon (1x1)
- ✓ Emoject 10mg/2mlx5ml İ.M/İ.V Ampul (2x1)
- ✓ Dikloron 75 mg İ.M 10 Ampul (2x1)
- ✓ Cefaks İ.V/İ.M 750 mg 1 Flakon (2x1)
- ✓ Biofleks Metrosel %0,5 İ.V Perfüzyon Sol.100 ml (2x1)
- ✓ Hametan 30 gr Pomad (3x1) Topikal
- ✓ Furacin %0,2 56 gr Pomad (3x1) Suppozituar

BULGULAR VE TARTIŞMA

Olgumuzun hemşirelik bakımında kısa ve uzun süreli hedefler belirlenmiş olup girişimler planlanmıştır. Kısa süreli hedefler doğrultusunda;

- Yaşam bulgularının stabilitesinin sağlanması,
 - Ağrının azaltılması/giderilmesi
 - Kanamanın azaltılması/önlenmesi
 - Sıvı-elektrolit dengesinin ve beslenmenin sağlanması
 - Mobilizasyonunun sağlanması
 - Renal toksisitenin önlenmesi
- Uzun süre hedefler doğrultusunda;
- Üriner sistemde, yara yerinde ve dren çevresinde enfeksiyon belirti bulgularının gözlenmemesi/bakımının yapılması
 - Yara yeri iyileşiminin sağlanması
 - Kolostomi bakımına yönelik bilgi sahibi olması/bakımını üstlenmesi
 - Günlük yaşam aktivitelerinde ve bakımında bağımsızlığın sağlanması
 - Yaşam kalitesinin yükseltilmesi
 - Kilo kontrolünün sağlanması

Kısa süreli hemşirelik bakımı hedefleri doğrultusunda olgumuzun yaşam bulguları

takip edilip stabilitesi sağlanmıştır. Cerrahi işleme yönelik ağruların azaltılması ve giderilmesinde girişim öncesi ve sonrası ağrı değerlendirmesi yapılarak farmakolojik (order edilen ilaçlar) ve non-farmakolojik (pozisyon verme, konforunu sağlama, masaj vb.) yöntemler uygulanmalıdır. Hastanın ağrı değerlendirilmesi yapıldıktan sonra var olan ağrı durumu order edilen opioid analjezikler ile yönetilip değerlendirilmektedir.

İnsizyon yeri takibinde; hasta ameliyattan gelince yaşam bulguları, insizyon bölgesi kanama, hematoma, şişlik ve ağrı yönünden düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir. Olgumuzun kanama takibi yapılmış olup herhangi bir olumsuz bulguya rastlanmamıştır.

Sıvı-elektrolit ve beslenme dengesinin sürdürülmesi için aldığı-çıkarıldığı takibi (AÇT) yapılmalı, yaşam bulguları, elektrolit ve kan şekeri düzeyleri izlenmelidir.²¹ Vücutta bırakılmış olan drenlerin günlük getirileri not edilerek 50 ml altına düşükçe alınmalıdır.²² Bulantı-kusma kaydı, diyet ve tedavi takibi de gerekmektedir. Bakım veren sağlık personeli olarak hemşire TPN alan hastaya, uygulama şekline göre bakım verir, antiemetikler, hidrasyon, elektrolitler ve gerekli kan ürünlerini yönetir.²³ TPN

uygulama öncesi ve sonrası eller yıkanmalı, solüsyonun içeriğine (berrak, partikülsüz, son kullanma tarihi geçmemiş) bakılmalıdır. Solüsyon yarım saat oda ısısında bekletilmelidir. Komplikasyonların önlenmesi için infüzyon pompası/dozimetre kullanılmalıdır. Infüzyon setleri 24-48 saatte bir değiştirilmelidir. Kullanılan solüsyonlar UV ışığa dirençli materyaller ile kaplanmalıdır. Çok fazla ilaç infüzyonu gerekmezse tek lümenli CVP kateteri kullanılmalıdır. CVP kateterinin bakımı yapılmalıdır. Olgumuza AÇT yapılmış, idrar ve dren çıkışlarında sorun saptanmamıştır. Order edilen TPN verilmiş olup, herhangi bir komplikasyon gözlenmemiş, kan şekeri değerleri normal seviyede ölçülmüştür. Bulantı ve kusma durumu kayıt altına alınarak antiemetik uygulanmış, hidrasyonu intravenöz sıvılarla ve süreç içerisinde oral alımla sağlanmıştır.

Hastaya yatak içi egzersizler yaptırılarak mobilizasyona hazırlanmalıdır. Aynı zamanda venöz tromboemboli (VTE) profilaksisi ve basınç noktası düşürme gereklidir. Olgumuza yatak içi pozisyonlar verilmesi, order edilen tedavilerinin uygulanması ve mobilizasyonu sırasında herhangi bir sorun saptanmamıştır.

Kemoterapinin renal toksisitesinden, HIPEC esnasında dikkatli idrar çıkışı takibi ile kaçınılabılır.²⁰ Özellikle renal yetmezlik tetiklenme ihtimaline karşı hastanın hidrasyonu takip edilir, en kısa zamanda intestinal paralizinin izin verdiği ölçüde oral gıda alımı sağlanır. Hastanın postoperatif takiplerinde de günlük tam kan sayımı, kan üre azotu (BUN) ve kreatin düzeyi ve C-reaktif protein (CRP) ölçümü yapılır. Olgumuzun CRP (kantitatif) değeri 47,7mg/L, kreatinin 0,8 mg/dl çıkmıştır. Oral alım ve hidrasyonunda herhangi bir sorun saptanmamıştır.

Uzun süreli hemşirelik bakımı hedefleri doğrultusunda hastaya farklı girişimler planlanmalıdır.

Postoperatif dönemde en sık görülen komplikasyonlar; ileus, plevral efüzyon, enfeksiyon (yara yeri), anastomoz kaçağı, fistül, kanama, geçici hepatit ve

trombositopenidir.²⁰ Hasta, sepsisi düşündüren ateş ve diğer yaşam bulguları değişiklikleri konusunda değerlendirilmeli ve izlenmelidir. Aynı zamanda kan tahlilleri sonuçları nötropeni ve diğer kemoterapi ile ilişkili yan etkiler açısından takip edilmelidir.²³ Olgumuzda takipler sırasında insizyon yerinde açılma gözlenmiştir. Yara yeri enfeksiyonuna yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalıdır. Bu doğrultuda hastanın yaşam bulguları takip edilir, ateş, gerginlik, kanama, hematoma, şişkinlik ve ağrı yönünden değerlendirilir. Dren takibi yapılmalı, gelen sıvı miktarı, rengi, yoğunluğu değerlendirilmelidir. Aldığı-çıkardığı takibi yapılmalıdır. Yara yerine 8-12 saat aralıklarla pansuman yapılarak bölge daima temiz ve kuru tutulmalıdır. Yara travmalardan korunarak hastaya uygun bir pozisyon verilmelidir. Her bakımda yaranın durumu kayıt altına alınmalıdır. Hasta odasına ziyaretçi kısıtlaması yapılır. Olgumuza antitrombotik uygulanmış olup, yaşamsal bulgularının ve yara yerinin izlenmesinin ardından kültür sonuçlarına göre enfeksiyon gelişimine yönelik antibiyotik ve lokal hemostatik tedavisi uygulanmıştır. Yara yeri enfeksiyonuna yönelik belirtilen hemşirelik girişimleri yapılmış olup, kan tahlilleri sonuçları izlenmiştir. Üriner sisteme ve dren bölgesine yönelik bakımlar yapılmış olup bu bölgelerde herhangi bir enfeksiyon belirtisi gözlenmemiştir.

Hasta ve ailesi yara bakımı (beslenme, asepsi-antisepsi, enfeksiyon bulgularını gözlemlenme, pansuman yapma vs.) ve cerrahi komplikasyonu izleme konusunda bilgi gereksinim duyduğundan dolayı eğitim verilmelidir.²³ Bizim olgumuzun ve yakınlarının yara bakımı ve izlemler konusunda bilgi eksikliğinin olduğu saptanmıştır. İşlemler esnasında hasta ve yakınlarına bilgi verilerek bakımlar öğretilmiş, evde yapılması gerekenler konusunda bilgi verilmiştir. Hastanın bakımlarını üstlenmeye çalıştığı, hemşire ve yakınları tarafından da her zaman desteklediği ve yara yeri iyileşimi sürecinin sağlandığı gözlemlenmiştir.

Kolostomi bakımı medikal firmasından gelen görevli tarafından hasta ve yakınlarına anlatılmıştır. Hasta klinikte kaldığı süre içerisinde kolostomi bakımını yapmaya çalıştığı, daha çok yakınları tarafından üstlenildiği ve klinik hemşireleri tarafından desteklendiği gözlemlenmiştir. Ostomi yeri ve fonksiyonlarında sorun saptanmamıştır.

Olgumuzun günlük yaşam aktivitelerine yavaş yavaş katıldığı, öz bakımını üstlenmeye çalıştığı bazen de yakınları tarafından desteklendiği gözlemlenmiştir. Hastanın süreç içerisinde ağrı kontrolünün sağlanması, tedavisinin gerçekleştirilmesi, iyileşme sürecinin başlaması, bakımları konusunda kendisinin ve yakınlarının bilgi sahibi olması, destek alabilecek bireylerin olması, bakımlarının gerçekleştirilmesi ve kendisinin de dahil olmaya çalışması ile yaşam kalitesinin yükselmeye başladığının bir göstergesi olarak değerlendirilmiştir. Kilo kontrolü için hastanın hastanedeki diyetleri düzenlenmiş olup, hasta ve yakınlarına beslenme ve egzersiz konusunda hemşireler tarafından bilgi verilmiştir.

HIPEC uygulanan vakaların batından kemoterapi atılım önlemleri güvenli bir

şekilde sağlanır. İntraoperatif kemoterapi alan hastanın vücut sıvıları 48 saat boyunca kontamine olarak kabul edildiği için, hastaya bakan sağlık çalışanları 48 saat bireysel güvenlik önlemlerini almalıdırlar. Sağlık çalışanları inhalasyon, temas ve enjeksiyon durumlarında ve sitotoksik maddeler ile temas eden personel lateks eldiven, steril önlük, koruyucu gözlük, maske, açılmaz atık konteyneri, özel olarak işaretlenmiş keten çanta kullanmalıdırlar.^{24, 25} Serviste tek kişilik odada kalması gereken hastanın, odaların dolu olmasından dolayı kalabalık bir ortamda kaldığı belirlenmiş olup, sağlık çalışanlarının bireysel önlemleri tam olarak almadığı saptanmıştır.

Ele alınan vakada olduğu gibi komplike olguların bakımında yaşam bulgularının, ağrının, cerrahi işlem ile ilgili komplikasyonların, sıvı-elektrolit dengesizliklerine ve hareketsizliğe yönelik değerlendirmeler gibi izlemlerin takibi çok önemli yer tutmaktadır. Hemşirelik girişimleri olarak bu izlemler yapılırken derin insizyon yeri, dren, ostomi yeri ve fonksiyonu, santral venöz basınç, solunum ve böbrek fonksiyonları dikkate alınmalıdır.²¹

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadın üreme organlarından, gastrointestinal sistem ve primer, multifokal periton tümörlerinden kaynaklanan kanserlerin intraperitoneal bölgeye yayılan hastaların tedavi ve bakımları onkolojide önemli bir sorundur. Aynı zamanda kadın üreme organlarından kaynaklanan kanserlerle karşılaşma ve sonrasında mücadele etme kadınlar için korkulu bir süreçtir. Tedavi ve iyileşme aşaması da hassas ve zorlayıcı olup, sürece bilgi birikimi ile yaklaşmayı ve iyi bir

bakımı gerektirmektedir. Bundan dolayı ameliyat sonrası takip, bakım ve oluşabilecek komplikasyonlara yaklaşım önemli bir yer tutmaktadır. Hastanın yaşam kalitesinin artırılması, desteklenmesi, bakımına yönelik eğitim verilmesi sağlık personelinin önemli sorumlulukları arasındadır. Bu tür hastalara yapılan işlemlerin ve tedavi aşamalarının güncel yaklaşımlarla öğrenilmesi bakımlarının planlanmasında kolaylık sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Permuth-Wey, J., Sellers, T.A. (2009). "Epidemiology of Ovarian Cancer". *Methods Mol Biol.*, 472: 413-37.
2. Arbyn, M., Castellsague, X., Sanjose, S., Bruni, L., Sarai Ya, M., Bray, F., Ferlay, J. (2011). "Worldwide Burden of Cervical Cancer in 2008". *Annals of Oncology*, 22: 2675-86.
3. Jemal, A., Bray, F., Center, M.M., Ferlay, J., Ward, E., Forman, D. (2011). "Global Cancer Statistics". *Ca Cancer J Clin*, 6: 69-90.
4. Siegel, R., Ward, E., Brawley, O., Jemal, A. (2013). "Cancer Statistics, 2011 The Impact of Eliminating Socioeconomic and Racial Disparities on Premature Cancer Deaths". *Cancer J Clin*, 61: 212-36.
5. Girgeç, S., Çalışkan, İ., Sevil, Ü. (2015). "Türkiye'deki Hemşirelerin Jinekolojik Kanseler İle İlgili Yaptığı Yüksek Lisans ve Doktora Tezlerinin İncelenmesi". *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2: 26-38. Doi: 10.17367/JACSD.2015211007
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. (2014). Ankara. http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/per/belge/2013_istatistik.pdf Erişim Tarihi: 07.06.2016.
7. National Cancer Institute. (2015). BRCA1 and BRCA2: Cancer Risk and Genetic Testing. <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/BRCA> Erişim Tarihi: 07.06.2016.
8. Cancer Research UK. Ovarian Cancer Symptoms. (2016). <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/type/ovarian-cancer/about/ovarian-cancer-symptoms> Erişim Tarihi: 07.06.2016.
9. Bilgin, T. (2004). "Üreme Çağındaki Over Kanserinde Konservatif Cerrahi Hangi Olgulara Hangi Limitasyonda Yapılmalıdır?" *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 7: 108-12.
10. Cancer Research UK. Ovarian Cancer Symptoms. (2016). <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/ovarian-cancer/survival> Erişim Tarihi: 07.06.2016.
11. Cancer Research UK. Ovarian Cancer Symptoms. (2016). <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/type/ovarian-cancer/treatment/stages-of-ovarian-cancer> Erişim Tarihi: 07.06.2016.
12. Angelis, R., Sant, M., Coleman, M.P., Francisci, S., Baili, P., Pierannunzio, D., et al. (2014). Cancer Survival in Europe 1999-2007 by Country and Age: Results of EUROCARE-5—A Population-Based Study. *Lancet Oncol.*, 15: 23-34.
13. Weil, M.K., Chen, A. (2011). "PARP Inhibitor Treatment in Ovarian and Breast Cancer". *Curr Probl Cancer*, 35 (1): 7-50.
14. Rutkowski P., Śpiewankiewicz B., Herman K., Jastrzębski T., Kładny J., Kojs Z., et al. (2014). Polish Clinical Practice Guidelines on Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC) With Cytoreductive Surgery (CRS) in Peritoneal Malignancy Treatment. *CURR. Gynecol. Oncol.* 12 (2): 86-97 DOI: 10.15557/CGO.2014.0009
15. Şenol, T., Karateke, A. (2015). "Primer veya Nüks Jinekolojik Kanselerde Sitoredüktif Cerrahinin Yeri". *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, 8 (2): 108-13.
16. Terek, C.M., Çalışkan, C., Turan, V., Özşaran, A., Dikmen, Y., Akgün, E. (2010). "Jinekolojik Onkolojide Kolon Cerrahisi". *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 7 (2): 93-101.
17. Didik, M. (2014). Jinekolojik Kanseler Cerrahisi Geçiren Hastalarda Postoperatif Akut Böbrek Hasarı İçin Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara.
18. Terzi, C., Yılmaz, U., Yakut, C., Özbilgin, M., Obuz, F., Sarıoğlu, S., Füzün, M. (2008). "Kolon ve Rektum Kanseri Kaynaklı Peritoneal Karsinomatozis Olgusunda Sitoredüksiyon ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi Uygulanması ve Literatürün Gözden Geçirilmesi". *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 24 (1): 31-39. ISSN 1300-0705
19. Füzün, M., Canda, A.E. (2010). Kolon ve Rektum Kanseri [www.tkrkd.org.tr/KolonRektumKanseri/020_fuzun.pdf]. İstanbul: Seçil Ofset.
20. Arvas, M., Tokgözoğlu, N. (2014). "Jinekolojik Onkoloji Cerrahisinde Hipec Tedavisinin Yeri". *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 1: 1-7.
21. Çelebi, Z.M. (2010). Hemşirelerin Total Parenteral Beslenmeye İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
22. Yeğen, C. (2014). "Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi". 5. Türk Tıbbi Onkoloji Kongresi: 101.
23. Warmkessel, J.H. (2015). "Looking into Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy". *Clinical Queries*, 45 (1): 65. DOI-10.1097/01.NURSE.0000458941.58372.1f
24. Moreno, S.G., Bayón, L.A.G., Pérez, G.O. (2010). "Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy: Rationale and Technique". *World J Gastrointest Oncol*, 2 (2): 68-75. doi:10.4251/wjgo.v2.i2.68
25. Avril, D., Stephens Susan, K., White, R.N., Cnor Jesus Esquivel, M.D., Anthony Stuart Paul, H., Sugarbaker, M.D. (2012). Hyperthermic Intraoperative Intraperitoneal Chemotherapy. <http://www.surgicaloncology.com/hiicman.htm> Erişim Tarihi: 07.06.2016.

PRESEPTAL SELÜLİT TANILI HASTADA ASEPTOMATİK ARAKNOİD KİST: OLGU SUNUMU

ASYMPTOMATIC ARACHNOID CYST IN A PATIENT WITH PRESEPTAL CELLULITIS: A CASE REPORT

Alev Cansu CERTEL¹, Soner Sertan KARA²

ÖZET

Araknoid kistler, en yaygın intrakranial kistler olup intrakranial yer kaplayan lezyonların yaklaşık %1'ini oluşturur.

5 yaşında erkek hasta, 1 haftadır olan sağ gözde kaşıntı ve sağ göz etrafında şişlik yakınmalarıyla getirildi. Hastanın öyküsünden 2 ay önce düşerek sağ orbita lateralini taşa çarptığı, sonrasında aynı bölgede 1 hafta süren şişlik olup geçtiği öğrenildi. Fizik muayenesinde sağ göz kapağı ve gözün alt kısmında sirküler şekilde ödem tespit edildi. Göz hareketleri her yöne serbestti. Laboratuvar testlerinde, lökosit sayısı 9,817, hemogloblin 13.02 gr/dL, C-reaktif protein 0.328 mg/dL idi. Hastaya preseptal selülit tanısıyla intravenöz ampisilin sulbaktam (150 mg/kg/gün) tedavisi başlandı. Hastanın olası orbital malignite açısından orbital tomografisi çekildi. Sağ periorbital alanda cilt-cilt altı dokuda kalınlık artışı ve sağ temporal lobda araknoid kist ile uyumlu görünüm saptanması üzerine hastaya kontrastlı beyin manyetik rezonans görüntülemesi çekildi. Sağ temporal lob anterior kesimde yaklaşık 5x5 cm ebatlı, beyin omurilik sıvısı ile izointens görünüm (araknoid kist) saptandı. Beyin cerrahisi bölümünce acil cerrahi müdahaleye gerek görülmedi ve 6 ay aralıklarla Beyin Cerrahisi bölümüne kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Araknoid kistler çocukluk çağında en sık tanı alan gelişimsel santral sinir sistemi anomalileridir. Aseptomatik olgular 6 ay-1 yıl aralıklarla klinik ve radyolojik olarak takip edilir.

Anahtar Kelimeler: Araknoid kist, çocuk, preseptal selülit

ABSTRACT

Arachnoid cysts are the most common intracranial cysts, accounting for approximately 1% of intracranial lesions.

A 5 years old male patient was admitted with complaints of pruritus and swelling around the right eye for 1 week. It was learned that 2 months ago the patient hit the right lateral side of orbita and had a swelling for 1 week. On physical examination, edema was detected on the right eyelid and lower part of the eye. Eye movements were free in all directions. On laboratory, leukocyte was 9,817; hemoglobin was 13.02 gr/dL; and C-reactive protein was 0.328 mg/dL. Intravenous ampicillin sulbactam (150 mg/kg/day) treatment was initiated with the diagnosis of preseptal cellulitis. Orbital tomography was performed in case of possible orbital malignancy. Brain magnetic resonance imaging of the patient was performed because the right periorbital area was thicker in skin-subcutaneous tissue and the appearance in the right temporal lobe was compatible with arachnoid cyst. A lesion appearing isointense density (arachnoid cyst) with cerebrospinal fluid, in approximately 5x5 cm diameters, was detected in the anterior segment of the right temporal lobe. Neurosurgery department did not consider immediate surgical intervention. He was discharged with the plan of controls in neurosurgery department in 6 months intervals.

Arachnoid cysts are the most common developmental central nervous system anomalies in childhood. Asymptomatic cases are followed clinically and radiologically with 6 months-1 year intervals.

Key words: Arachnoid cyst, children, preseptal cellulite

¹Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Asistan Doktor, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, lvcnsyn@gmail.com

²Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzman Doktor, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, drsoner@yahoo.com

GİRİŞ

Atraknoid kistler, atraknoid zarın konjenital veya bazı edinsel sebeplerle bölünmesi ve çoğalmasıyla oluşan sıvı koleksiyonudur. Bu kistlerin büyük çoğunluğu yaşamın ilk iki yılında tespit edilir ve birçok durumda kafa travması geçiren veya makrokranî nedeniyle araştırılan bebeklerde tesadüfen bulunur¹. Atraknoid kistler çocukluk çağında en sık tanı alan santral sinir sistemi (SSS) gelişimsel anomalileridir². İntrakranial yer kaplayan lezyonlar arasında insidansı % 1 olarak bildirilmiştir^{1,3}. Son yıllarda saptanan lezyon sayısında görülen belirgin artışın ve ilk tanı yaşının küçülmesinin nedeninin büyük olasılıkla bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve ultrasonografi (USG) gibi görüntüleme yöntemlerinin daha yaygın olarak kullanımına bağlı olduğu düşünülmektedir^{4,5,11}.

Çoğu atraknoid kist küçük ve asemptomatiktir⁴. Bazen büyümeleri ve beyin-omurilik sıvısı (BOS) dolaşımına ya da komşu nöronal yapılara invazyonu sebebiyle semptomatik hale gelebilirler. Baş ağrısı ve görme bozuklukları en sık semptomlarıdır⁵. Tedavide seçilen daha çok konservatif yaklaşımlardır.

Burada 5 yaşında, preseptal selülit ön tanısıyla yatırılan ve asemptomatik bir atraknoid kist saptanan olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

5 yaşında erkek hasta, 1 haftadır olan öksürük ve burun akıntısı, sağ gözde kaşıntı ve sağ göz etrafında giderek artan şişlik yakınmalarıyla polikliniğe getirildi. Hastanın öyküsünden 2 ay önce düşerek sağ orbita lateralini taşa çarptığı ve travma sonrası sağ orbita lateralinde yaklaşık 1 hafta süren şişlik olup geçtiği öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde vital bulguları normal sınırlarda, sağ etrafı sirküler şekilde ödemli, her iki göz hareketleri her yöne serbestti (Şekil-1&2). Laboratuvar testlerinde, lökosit sayısı 9,817 (polimorf nüveli lökosit %33, lenfosit %40, eozinofil %16, monosit %7), hemoglobün 13,02 gr/dL, C-reaktif protein 0,328 mg/dL (normal: 0-1) olarak saptandı. Hasta Göz bölümüne

değerlendirildi. Preseptal selülit ön tanısıyla hospitalize edildi. Hastaya intravenöz (iv) ampisilin-sulbaktam (150 mg/kg/gün) tedavisi başlandı. Olası orbital malignite açısından orbita BT'si çekildi. Sağ periorbital alanda cilt-cilt altı dokuda kalınlık artışı ve hafif heterojen hipodens görünüm ve sağ temporal lob anterior kesiminde 5x4 cm ebatlarında, BOS ile izodens atraknoid kist ile uyumlu görünüm saptandı. İntrakranial lezyonun detaylı değerlendirilmesi için kontrastlı beyin MRG çekildi. Sağ temporal lob anterior kesimde yaklaşık 5x5 cm ebatlı, BOS ile izointens görünüm (atraknoid kist) saptandı (Şekil-3). Beyin cerrahisi bölümüne acil cerrahi müdahaleye gerek görülmedi. Toplam 8 gün iv tedavi alan hastanın kliniği tamamen düzeldi ve 6 ay aralıklarla atraknoid kistin kontrolü için Beyin Cerrahisi bölümüne kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA

Atraknoid kistler, benign, non-neoplastik ve ekstra-aksiyal lezyonlardır¹. Çoğu atraknoid kist tesadüfen bulunur, küçük ve asemptomatiktir^{4,11}. Etiyolojide konjenital, post-inflamatuar, post-hemorajik ve post-travmatik nedenler ileri sürülmüştür¹⁰. Patogenezine göre atraknoid kistler primer ve sekonder olarak sınıflandırılmıştır. Primer (gerçek) atraknoid kistler konjenitaldir ve en sık türüdür. Mezenkimal hücrelerin anormal gelişimi ve BOS akım anormalliklerine bağlı olarak gelişir⁹. Sekonder atraknoid kistler ise kafa travması, metabolik bozukluklar, intrakranial kanama ya da SSS enfeksiyonu olan hastalarda enflamasyon sonrası subaraknoid bölgede BOS birikmesi sonucu meydana gelir^{2,11}. Bizim hastamızda saptanan kistin de, lokalizasyonu ve MRG bulgularıyla primer atraknoid kist olabileceği düşünülse de, öyküsünde yakın zamanda travma yaşamış olması nedeniyle sekonder de olabileceği düşünülmüştür.

Atraknoid kistler bazı çalışmalarda %90 supratentorial lokalizasyonda ve %10 posterior fossada bulunmuştur². Genel olarak, atraknoid kistler erkeklerde ve

kadınlarda, serebrumun sağ ve sol lobunda eşit sıklıkta görülmektedir¹¹.

Bizim hastamızda lezyon sağ temporal bölgede saptanmıştır. Araknoid kistler korpus kallosum agenezisi, Chiari malformasyonu, asidüri tip I (GA-I), multipl skleroz ve nörofibromatozis malformasyonlar gibi diğer konjenital anomaliler ile birlikte görülebilir. Bizim hastamızda eşlik eden başka sistemik semptom olmadığı için izole kistin olduğu düşünülmüştür. Kranial MRG tanıda altın standarttır ve artık fizik muayenenin yerini almıştır⁸. Tedavi öncesi kistin ve diğer konjenital anomalilerin pozisyonu, BOS akımının paterni ve aralarındaki ilişki kranial MRG ile ortaya konmalıdır¹⁰.

Araknoid kistlere atfedilen spesifik bir klinik bulgu yoktur. Hastaların en sık başvuru semptomları baş ağrısı, görme bozuklukları, bulantı, kusma ve işitme bozukluklarıdır^{4,9}. Baş ağrısına, kistin yerel kitle etkisi ve hidrosefali neden olur. Suprasellar araknoid kistler optik sinire biterik olduğundan bu hastalarda görsel semptomlar da ortaya çıkar. Aynı zamanda, kistin konumu ve büyüklüğüne bağlı olarak ataksi, konvülsiyon ve hemipleji gibi semptomlar da ortaya çıkabilir⁴. Kiste bağlı bazı komplikasyonlar da ortaya çıkabilmektedir. Bizim olgumuzda hem kistin büyüklüğü hem de lokalizasyonu nedeniyle kistin asemptomatik seyrettiği düşünülmüştür. Travma sonrası oluşan kistlerde kanamaya bağlı rüptür olabilir, bunun sonucunda subdural hematoma veya efüzyon, intrakranial hipertansiyon ve yerel sinir disfonksiyonu gelişebilir¹⁰. Bu nedenle de olgumuz periyodik olarak takibe çağrılmıştır.

Araknoid kistlerin tedavisinde, tedavi yaklaşımını hastaların semptomları belirler.

Kistler spontan kaybolabilir veya büyüyebilir, ancak çoğunlukla büyüklüğü sabit kalır¹¹. Asemptomatik ve minimal semptomu olan hastalar bizim olgumuzda da olduğu gibi, 6 ay-1 yıl aralıklarla klinik ve radyolojik olarak takip edilir^{2,3}. Hastalık seyri sırasında subdural efüzyon ve hematoma ve kist rüptürü olabilir⁹. İlerleyici nörolojik defisiti, kitle etkisi, makro-hidrosefali ve dirençli nöbetleri olan, kist yırtılmasına bağlı subdural efüzyon veya hematoma olan, intrakranial hipertansiyon, yüz felci, görme kaybı ya da kemik erozyonları olan hastalarda cerrahi tedavi tercih edilir^{3,8,10}. Güncel literatürde araknoid kistlere genellikle endoskopik yolla müdahale tercih edilmektedir⁷.

Preseptal selülit göz kapağının ve orbital septumun anteriorundaki dokuların çoğunlukla enfeksiyon nedeni inflamasyondur. Tanı konulan hastalarda hızlı antibiyotik tedavisi esastır¹². *Staphylococcus aureus* ve *Streptococcus türleri* en yaygın etkenlerdir ve ampirik antibiyotik tedavisi bu patojenleri kapsamalıdır¹³. Kemozis, proptozis ve göz hareketlerinde kısıtlılık varsa orbital selülit veya ek komplikasyonlara yönelik görüntüleme yapılmalıdır¹². Bu hastada olduğu gibi komplike olmayan olgular uygun antibiyotik tedavisine kısa sürede yanıt vermektedir.

Sonuç olarak araknoid kistler çocukluk çağında, genellikle görüntülemelerde rastlantısal olarak saptanan en sık karşılaşılan gelişimsel SSS anomalileridir. Tanı anında hızlı cerrahi girişim yerine, asemptomatik olguların 6 ay-1 yıl aralıklarla klinik ve radyolojik takibi olası komplikasyonların takibi açısından önerilen tedavi yaklaşımıdır.

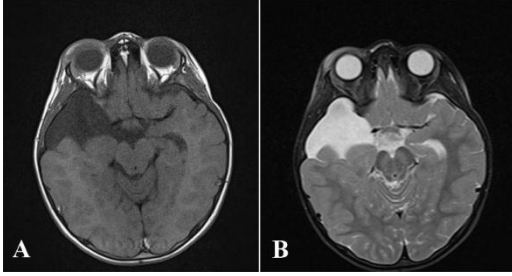
KAYNAKLAR

- 1) Jayaprakash A, Gosalakkal, MD (2002) "Intracranial Arachnoid Cysts in Children: A Review of Pathogenesis, Clinical Features and Management" Pediatric Neurology Vol. 26 No. 2
- 2) Cincu R, Agrawal A, Eiras J. (2007) "Intracranial arachnoid cysts: Current concepts and treatment alternatives" Clin Neurol Neurosurg 109:837-43
- 3) Dipanker Singh Mankotia, Hardik Sardana, Sumit Sinha, Bhawani ShankarSharma, Ashish Suri, Sachin Anil Borkar, Guru Dutta Satyarthee, and P. Sarat Chandra (2016) "Pediatric interhemispheric arachnoid cyst: An institutional experience" J Pediatr Neurosci. 11(1): 29-34.
- 4) Chang Jin Shin, M.D., Myeongho Rho, M.D., Yu Sam Won, M.D., and Si On Kim, M.D. (2016) "Rapid Visual Deterioration Caused by Posterior Fossa Arachnoid Cyst" J Korean Neurosurg Soc. 59(3): 314-318.
- 5) Zekaj E, Saleh C, Servello D. (2016) "Intramedullary cyst formation after removal of multiple intradural spinal arachnoid cysts: A case report" Surg Neurol Int. 7:7(Suppl 17):S473-4.
- 6) Lee YJ, Barker R (2016) "An unusual cause of back pain in a child: spinal subdural haematoma secondary to intracranial arachnoid cyst haemorrhage" Quant Imaging Med Surg. 6(4):478-481

- 7) Mahjouba Boutarbouch , Abdessamad El Ouahabi, Loubna Rifi, Yasser Arkha, Sa'ïd Derraz, Abdeslam El Khamlichi (2008) "Management of intracranial arachnoid cysts: Institutional experience with initial 32 cases and review of the literature" Clinical Neurology and Neurosurgery 110 (1-7)
- 8) Güdük M, HamitAytar M, Sav A, Berkman Z (2016) "Intrasellar arachnoid cyst: A case report and review of the literature" Int J Surg Case Rep. 23:105-8.
- 9) Huang JH, Mei WZ, Chen Y, Chen JW, Lin ZX (2015) "Analysis on clinical characteristics of intracranial Arachnoid Cysts in 488 pediatric cases" Int J Clin Exp Med. 15:8(10).
- 10) Zhen Tan, MD, PhD, Yongxin Li, PhD, Fengjun Zhu, MD, Dongdong Zang, MD, Cailei Zhao, MD, Cong Li, MD, Dan Tong, MD, Heye Zhang, PhD, and Qian Chen, MD (2015) "Children With Intracranial Arachnoid Cysts Classification and Treatment Medicine (Baltimore)" 94(44)
- 11) Tim Couvreur UGent, Giorgio Hallaert UGent, Tatjana Van Der Heggen UGent, Edward Baert UGent , Frank Dewaele UGent, Jean-Pierre Kalala Okito UGent, Dimitri Vanhauwaert, Marc Deruytter, Dirk Van Roost UGent and Jacques Caemaert UGent(2015) "Endoscopic Treatment of Temporal Arachnoid Cysts in 34 Patients" Worl Neurosurgery. 84(3). p.734-740
- 12) Muralidharan R Upendran and Eibhlin McLoone (2013) "Case Report Delayed resolution of eyelid swelling in preseptal cellulitis in a child: beware of causing occlusion amblyopia" BMJ Case Rep. bcr2013008676.
- 13) Gonzalez MO, Durairaj VD. (2010) "Understanding pediatric bacterial preseptal and orbital cellulitis" Middle East Afr J Ophthalmol.17(2):134-7.



Şekil 1-2. Başvuru sırasında, hastada mevcut olan periorbital ödem ve geçirilmiş travma sonrası oluşan skar dokusunun klinik görünümü



Şekil 3 A&B. T1 ve T2 ağırlıklı aksiyel MRG görüntülerinde düşük sinyal yoğunluğunda kalınlaşmış ve ödemli dokuyu temsil eden sağ periorbital bölgede preseptal selülit izlenmiştir. Sağ temporal lob anterior kesiminde çapları yaklaşık 5x5 cm olan araknoid kist ile uyumlu kistik görünüm saptanmıştır.